

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

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

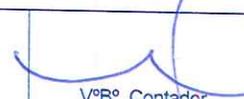
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 40.000	40,000	240,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	240,000
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 35.000	35,000	35,000
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000	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 : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	75,000
DESTINO : MINICONSULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,000
LUGAR ENTREGA : JUAN PALAU 1940	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	TARJETAS \$ 40.000	40,000	520,000

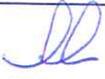
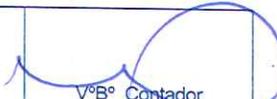
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	520,000
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	520,000
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	520,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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
14	TARJETAS \$ 40.000	40,000	560,000

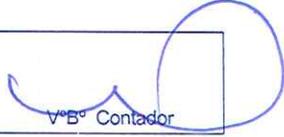
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	560,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	560,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	560,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS

	MEMO # 495	
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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 30.000	30,000	180,000
12	TARJETAS \$ 35.000	35,000	420,000
26	TARJETAS \$ 40.000	40,000	1,040,000

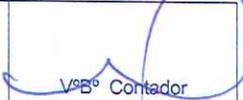
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	1,640,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,640,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,640,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 30.000		
4	TARJETAS \$ 35.000	30,000	30,000
10	TARJETAS \$ 40.000	35,000	140,000
		40,000	400,000

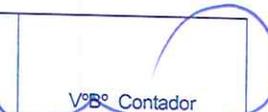
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG= A  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

SON : QUINIENTOS SETENTA MIL PESOS

	MEMO# 495		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 35.000	35,000	175,000
9	TARJETAS \$ 40.000	40,000	360,000

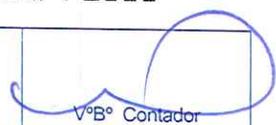
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	535,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	535,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	535,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Señor(es):

PANAMERICANA NORTE 8301

Dirección:

Teléfono:

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

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	90,000
10	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	350,000
101	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	4,040,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	4,480,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,480,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,480,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	---

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 30.000		
5	TARJETAS \$ 35.000	30,000.00	90,000
114	TARJETAS \$ 40.000	35,000.00	175,000
		40,000.00	4,560,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	4,825,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,825,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,825,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS		

	MEMO # 495		
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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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
16	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	2,400,000

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

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

CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	2,400,000
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,400,000
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,400,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS

	MEMO# 495		
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.

072443

01-09-2014

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

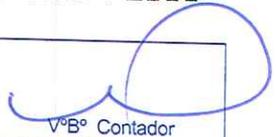
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	245,000
59	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,360,000

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	2,605,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,605,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,605,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS 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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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

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

de Fecha

sírvase despachar

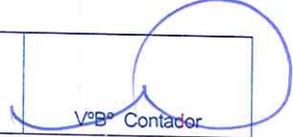
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	105,000
74	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,960,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	3,065,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,065,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,065,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MILLONES SESENTA Y CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO # 495 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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

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

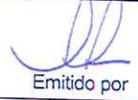
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 30.000		
9	TARJETAS \$ 35.000	30,000.00	150,000
49	TARJETAS \$ 40.000	35,000.00	315,000
		40,000.00	1,960,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	2,425,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,425,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,425,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

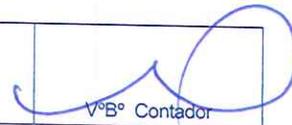
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	200,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	200,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	200,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS MIL PESOS		

	MEMO # 495	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

072439

01-09-2014

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	30,000
1	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	35,000
105	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	4,200,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	4,265,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,265,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,265,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO # 495 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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
3	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	105,000
86	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	3,440,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	3,605,000
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,605,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,605,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCO MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 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.

072437

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

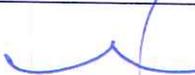
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	30,000
48	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	1,920,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	1,950,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,950,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,950,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO # 495 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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
2	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	70,000
77	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	3,080,000

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

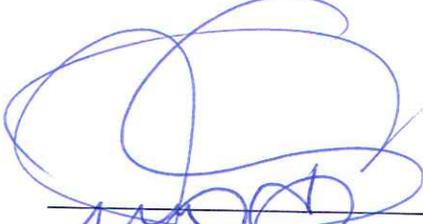
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A_T	VALOR NETO	3,210,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,210,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,210,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
7	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	245,000
57	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,280,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	2,585,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,585,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,585,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO# 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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.

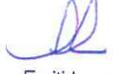
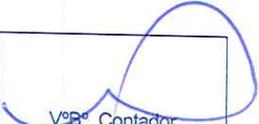
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	600,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A_T_D	VALOR NETO	600,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	600,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	600,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SEISCIENTOS MIL PESOS

 Emitido por	MEMO# 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

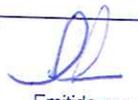
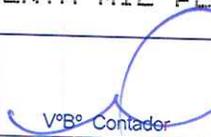
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
17	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	2,550,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

VALOR NETO 2,550,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,550,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 2,550,000

	MEMO 495		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

01-09-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

de Fecha sírvase despachar

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

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

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	150,998
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,998
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	28,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,688
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	MEMO # 498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072431

01-09-2014

FECHA:

FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Señor(es):

DIRECCIÓN: ROSAS 1665

3802094

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
1	VALES ( 150.998 )	150,998.00	150,998

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	150,998
DESTINO : MINICONULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,998
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,688

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

	MEMO #498		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

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

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

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	150,998
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,998
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,688
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	MEMO # 498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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.

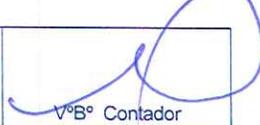
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 150.998 )	150,998.00	150,998

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	150,998
DESTINO : MINICONSULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,998
LUGAR ENTREGA : JUAN PALAU 1940	IVA	28,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,688

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

	MEMO #498	
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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 150.998 )	150,998.00	301,996

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	301,996
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	301,996
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	57,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	359,375

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	MEMO # 498 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

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

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

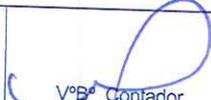
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 113.248 )	113,248.00	226,496
3	VALES ( 150.998 )	150,998.00	452,994

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	679,490
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	679,490
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	129,103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	808,593
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHOCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	MEMO # 498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 75.499 )	75,499.00	75,499
1	VALES ( 113.248 )	113,248.00	113,248

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	188,747
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	188,747
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	35,862
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,609

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS

 Emitido por	MEMO # 498 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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.

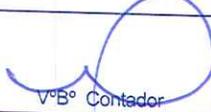
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 113.248 )	113,248.00	113,248

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	113,248
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	113,248
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,517
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,765

MONTO : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	 V°B° Contador
---	-----------------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

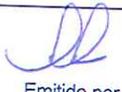
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	VALES ( 150.998 )	150,998.00	452,994

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	452,994
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	452,994
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	86,069
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	539,063
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SESENTA Y TRES PESOS		

	MEMO # 498	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

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

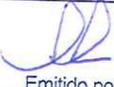
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 75.499 )	75,499.00	75,499
13	VALES ( 150.998 )	150,998.00	1,962,974

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,038,473
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,038,473
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	387,310
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,425,783
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES - PESOS		

 Emitido por	MEMO #498 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

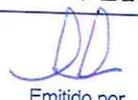
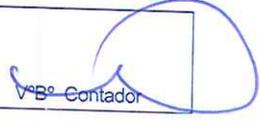
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	VALES ( 236.345 )	236,345.00	3,545,175

**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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,545,175
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,545,175
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	673,583
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,218,758
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO - PESOS		

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 AUTORIZADA POR
---	-----------------------------	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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	VALES ( 113.248 )	113,248.00	226,496
17	VALES ( 131.303 )	131,303.00	2,232,151
5	VALES ( 150.998 )	150,998.00	754,990

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,213,637
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,213,637
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	610,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,824,228

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072420

01-09-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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.

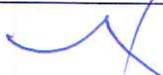
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 113.248 )	113,248.00	113,248
18	VALES ( 131.303 )	131,303.00	2,363,454
5	VALES ( 150.998 )	150,998.00	754,990

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,231,692
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,231,692
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	614,021
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,845,713

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TRECE PESOS

 Emitido por	MEMO # 493 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

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

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

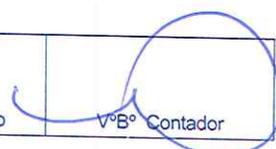
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 75.499 )	75,499.00	150,998
1	VALES ( 98.477 )	98,477.00	98,477
3	VALES ( 113.248 )	113,248.00	339,744
16	VALES ( 131.303 )	131,303.00	2,100,848
1	VALES ( 150.998 )	150,998.00	150,998

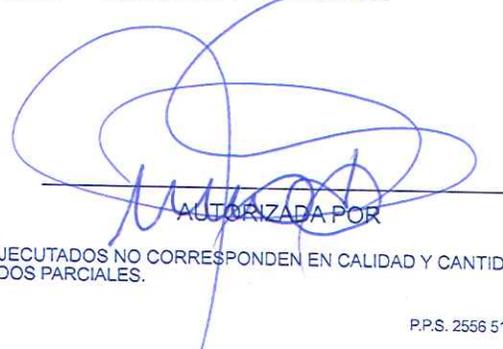
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,841,065
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,841,065
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	539,802
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,380,867

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE - PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 75.499 )	75,499.00	75,499
1	VALES ( 98.477 )	98,477.00	98,477
23	VALES ( 131.303 )	131,303.00	3,019,969
18	VALES ( 150.998 )	150,998.00	2,717,964

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	5,911,909
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,911,909
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	1,123,263
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,035,172

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MILLONES TREINTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 113.248 )	113,248.00	113,248
20	VALES ( 131.303 )	131,303.00	2,626,060
5	VALES ( 150.998 )	150,998.00	754,990

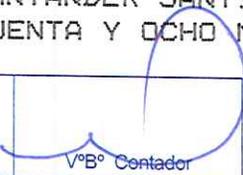
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

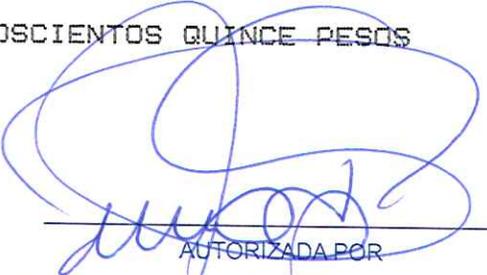
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,494,298
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,494,298
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	663,917
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,158,215

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS

 Emitido por	MEMO#498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

At.: Sr.:  
 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	VALES ( 131.303 )	131,303.00	1,706,939
11	VALES ( 150.998 )	150,998.00	1,660,978

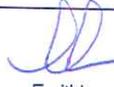
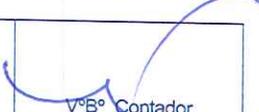
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,367,917
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,367,917
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	639,904
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,007,821

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072415

FECHA: 01-09-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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	VALES ( 65.652 )	65,652.00	65,652
18	VALES ( 131.303 )	131,303.00	2,363,454
3	VALES ( 150.998 )	150,998.00	452,994

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,882,100
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,882,100
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	547,599
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,429,699

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y - NUEVE PESOS

	MEMO #498		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 65.652 )	65,652.00	65,652
1	VALES ( 75.499 )	75,499.00	75,499
2	VALES ( 98.477 )	98,477.00	196,954
1	VALES ( 113.248 )	113,248.00	113,248
5	VALES ( 131.303 )	131,303.00	656,515
4	VALES ( 150.998 )	150,998.00	603,992

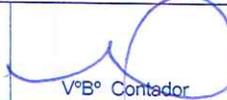
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,711,860
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,711,860
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	325,253
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,037,113

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CIENTO TRECE PESOS

 Emitido por	MEMO #498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

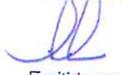
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 150.998 )	150,998.00	150,998
4	VALES ( 236.345 )	236,345.00	945,380

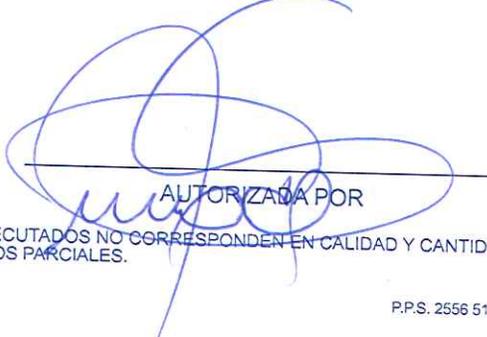
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,096,378
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,096,378
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	208,312
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,304,690
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON TRESCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS

	MEMO #498	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

AUTORIZADA POR  


OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

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

FECHA:

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
17	VALES ( 236.345 )	236,345.00	4,017,865

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 4,017,865  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 4,017,865  
 IVA 763,394  
 TOTAL FACTURA 4,781,259

SON : CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y - NUEVE PESOS

 Emitido por	MEMO#498 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): UNIVERSIDAD DE CHILE 609100001

Dirección: AV. INDEPENDENCIA 1027

Teléfono:

7322436

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	DIPLOMADO MANEJO INTEGRAL DE DIABETES TIPO 2 PARA PROFESIONALES DE EQUIPOS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA - MYRIAM. SANCHEZ. MARTINEZ. RUT. 6.8 66279-6	1,250,000.00	1,250,000

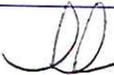
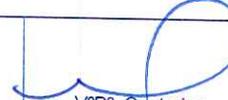
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421113 PERFECCION Y CAPACITACION	VALOR NETO	1,250,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,250,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,250,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

 Emitido por	<b>RESOLUCION # 428</b> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): COMERCIALIZADORA MUNDO SALUDABLE LTDA 762648792

Dirección: VITAL APOQUINDO 942

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BARAJA		
20	RECORRIDO SALUDABLE	8,400.0	168,000
20	MEMORAMA ASOCIACION	22,000.0	440,000
20	MEMORAMA IDENTICOS	35,500.0	710,000
20	TREN DE CLASIFICACION DE ALIMENTOS	35,000.0	700,000
20	PIRAMIDE ALIMENTICIA PUZZLE	30,000.0	600,000
20	ARMA TU MENU DIARIO	18,000.0	360,000
20	TU PLATO SALUDABLE MAGNETICO	20,000.0	400,000
20	TU PLATO SALUDABLE 3D	50,000.0	1,000,000
		30,000.0	600,000

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

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

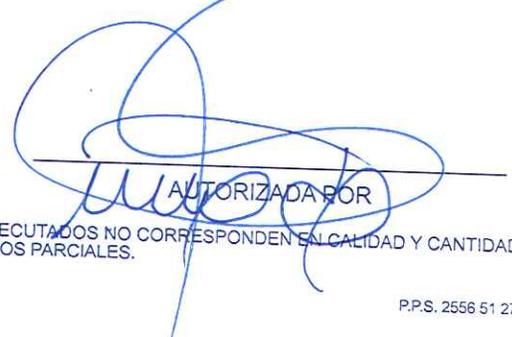
CUENTA	: 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	4,978,000
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,978,000
LUGAR ENTREGA	: A COORDINAR CARLA MELLA	IVA	945,820
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,923,820
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			

MONTO : CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	193 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 22/08

072409 ✓

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

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
50	ALGODON MOTAS BOLSA x 200 UNIDADES.	900.0	45,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,550
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS		

		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): TECNIGEN S. A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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	STA NEOPLASTINE CI PLUS 5, 6 x 5 ML.	45,198.0	45,198
2	STA COAG CONTROL N+P 12 x 2 x 1 ML.	156,420.0	312,840
1	STA SATELLITE CUBETAS 6 x 200	301,181.0	301,181
3	MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1 L.	17,286.0	51,858

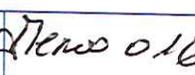
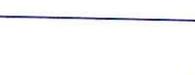
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

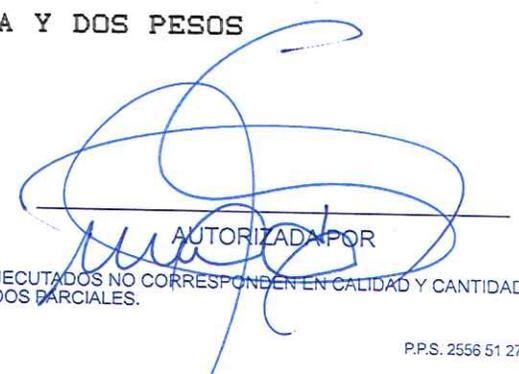
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	711,077
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	711,077
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	135,105
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	846,182

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de 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. 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI B, FRASCO. 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI AB NONOCIONAL FRASCO. 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI D, FRASCO. 10 ML.	6,000.0	6,000

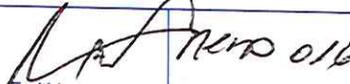
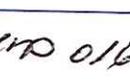
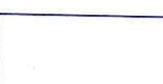
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	18,600
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	18,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,534
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,134

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIDOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

2744786

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	TETRACICLINA (TE) 30 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFALOTINA CLSI (KF) 30 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	NOVOBIOCINA (NV) 5 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CULTI LOOP SALMONELLA ENTERICA SUBSP. ENTERICA SEROVAR MONTEVIDEO ATCC(R) 8387 ( x 5 LOOPS)	109,000.0	109,000
1	KIT STREPTOCOCCUS, 50 TET	110,000.0	110,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	253,180
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	253,180
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	48,104
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	301,284

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

Eridio por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): SOVIQUIM LTDA. 781169706

Dirección: FEDERICO GALLARDO 2529

Teléfono: 7738639

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	PLACA PETRI PLAST 90 mm. ESTERIL 500 UN.	32,616.0	32,616
1,000	TUBO ENSAYO KHAN PLASTICO POLIESTILENO	15.0	15,000

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

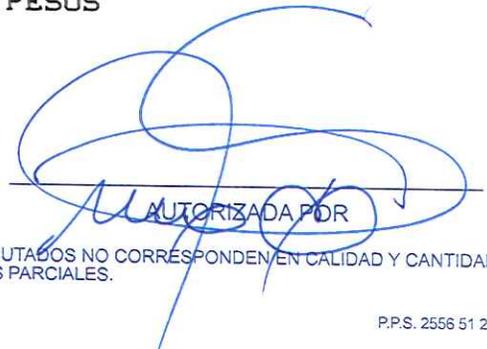
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	47,616
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	47,616
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,047
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	56,663

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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): VALTEK S. A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

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

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

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

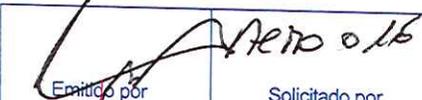
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR TELURITO DE K 10 UN. 5 CMS. KIT	4,198.0	4,198
1	AGAR CITRATO SIMMONS, TUBO 16 x 125, 30 UN. KIT	8,395.0	8,395
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN, TUBO 16 x 125, 30 UN.	8,395.0	8,395
1	MEDIO LIA, TUBO 16 x 125, 30 UN KIT	8,395.0	8,395
2	MEDIO MIO, TUBO 16 x 125, 30 UN KIT	8,395.0	16,790
1	AGAR TSI, TUBO 16 x 250, 30 UN. KIT	8,395.0	8,395

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	54,568
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	54,568
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,368
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,936

SON : SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS 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): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

Teléfono: 2351032

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	(Z01101CE) SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TES (FOB)	29,250.0	87,750

**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	VALOR NETO	87,750
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	87,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,673
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,423

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ASA CALIBRADA METALICA, 1 UL SIN MANGO	1,400.0	8,400
1	TUBO ENSAYO VIDRIO 12 x 75 MM. x 250 UN.	9,400.0	9,400
2	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGODON EST. x 100 UD	4,900.0	9,800
1	CANASTILLO ALAMBRE GALVANIZADO 11 x 11 x 10 CM . (CINCADO)	10,800.0	10,800
30	CAPILARES HEMATOCRITO S/HEPARINA 75 MM. x 100 UN.	1,400.0	42,000
20	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM. x 100 UN.	1,700.0	34,000
10	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28 ML. (NA-CIT) x 100 UN.	21,500.0	215,000
1	CUBETA PLASTICA (PS) P/AUTOANALIZADOR HITACHI, 3 ML x 1000 UN.	19,800.0	19,800
1	HEXAGON TROPONIN (20 TESTS)	129,800.0	129,800

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

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

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

VALOR NETO 479,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 479,000  
IVA 91,010  
TOTAL FACTURA 570,010

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SETENTA MIL DIEZ PESOS

			
Empleado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

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

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 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
30	AGUJA MULTIPLE 21G x 1 1/2" (COLOR VERDE) CJ/100	4,500.0	135,000
1	ADAPTADOR LUER CAJA x 100	9,500.0	9,500
10	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 9 ml. C/ACTIVADOR DE LA COAGULACION RACK x 50	3,250.0	32,500
20	CAJA P/MATERIAL CORTOPUNZANTE GRANDE	580.0	11,600
6	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA ANILLO AMARILLO 4 ml. C/ACTIVADOR DE LA COAGULACION Y GEL SEPARADOR	3,750.0	22,500
10	TUBO PET, TAPA PULL CAP GRIS 4 ml. FLUORURO DE SODIO/EDTA RACK x 50	3,000.0	30,000
60	TUBO PET, TAPA PULL CAP VERDE 4 ml. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR RACK x 50	3,850.0	231,000
6	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 4 ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION RACK x 50	2,750.0	16,500

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

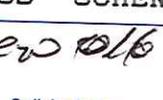
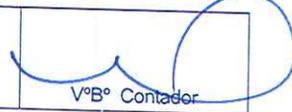
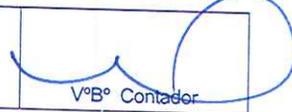
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

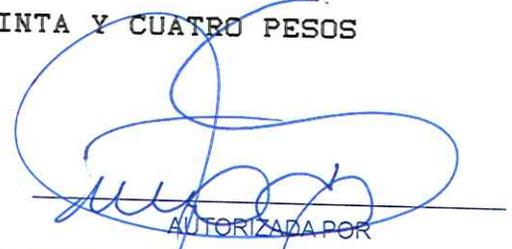
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 488,600  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 488,600  
IVA 92,834  
TOTAL FACTURA 581,434

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

Teléfono: 6342093

At.: Sr.:

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.

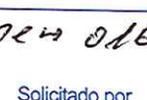
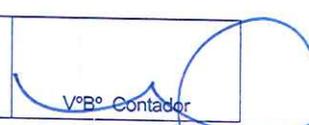
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	(35116) CHOCOLATE POLYVITEX VCAT3 AGAR	5,991.0	5,991
12	(35094) COLUMBIA SHEEP BLOOD 10 PLT	5,991.0	71,892

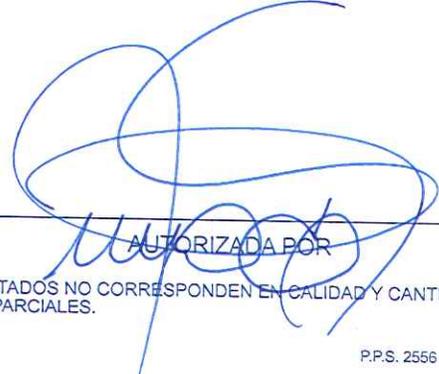
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 77,883  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 77,883  
 IVA 14,798  
 TOTAL FACTURA 92,681

 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.

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 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	EASYDEX NARANJA 75 G. CAJA x 24 UNIDADES	670.0	160,800
5	TIRAS REACTIVAS URIGHT TD-4251 CAJA x 50 UN.	9,000.0	45,000

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

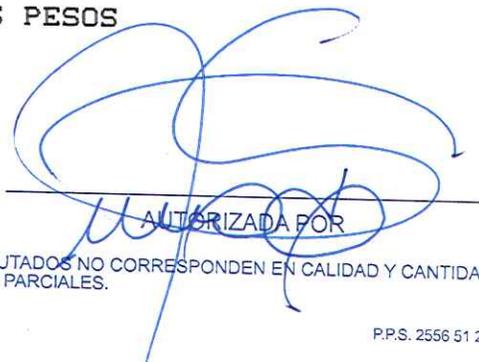
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 205,800  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 205,800  
IVA 39,102  
TOTAL FACTURA 244,902

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): 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
30	HEMOGARD PLUS LILA 3 ML. EDTA (100) B/DICKINSON N	6,000.0	180,000
2	HEMOGARD PLUS CELESTE 2,7 ML. C/S03,2% 363083 (100) B/DICKINSON	7,067.0	14,134

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

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

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

VALOR NETO 194,134  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 194,134  
 IVA 36,885  
 TOTAL FACTURA 231,019

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

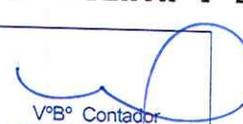
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL 70% FRASCO x 1 LITRO CAJA x 12	17,760.0	17,760
10	GUANTE DE PROCEDIMIENTO VINILO TALLA "M"	1,500.0	15,000
5	GUANTE DE PROCEDIMIENTO VINILO TALLA "XS"	1,500.0	7,500
2	JERINGA DESECHABLE 10 ML. C/AGUJA 21G.	4,900.0	9,800
1	MARIPOSA O SCALP VEIN 23G x 3/4 CAJA x 100	4,500.0	4,500
10	PARCHE CURITAS CAJA x 100	700.0	7,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	61,560
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,696
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,256
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

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

  
 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

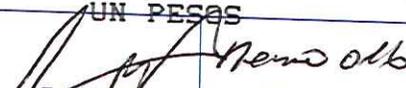
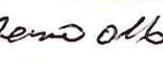
\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BIL-D GEN.2, 350 TESTS COBAS C, INTEGRA	32,104.0	96,312
1	CFAS LIPID F 3x1 ML.	135,434.0	135,434
1	NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.	117,710.0	117,710
6	BIL-T DPD GEN.3, 250 TESTS, COBAS C	35,000.0	210,000
10	COBAS C INTEGRA HDL-C GEN.3, 200 TESTS	111,368.0	1,113,680
5	COLESTEROL TOTAL COBAS C	22,104.0	110,520
5	CREATININA JAFFE GEN.2 COBAS C, 700 TESTS	24,032.0	120,160
4	FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN.2 COBAS INTEGRA	31,592.0	126,368
4	GGT2 GEN.2 COBAS INTEGRA, 400 TESTS	36,600.0	146,400
3	GLUCOSA HK COBAS C 800 TESTS	71,416.0	214,248
2	AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TESTS	47,368.0	94,736
2	ALTL COBAS INTEGRA 500 TESTS	47,368.0	94,736
8	TRIGLICERIDOS COBAS INTEGRA 250 TESTS	69,528.0	556,224
6	ALB-T TQ GEN.2, 100 TESTS, COBAS C, INTEGRA	96,280.0	577,680
4	NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA	8,622.0	34,488
6	TINA QUANT HbA1c GEN.3, 150 TESTS, COBAS	244,344.0	1,466,064
1	HbA1c TQ HEMOLIZANTE RGT COBAS C	49,728.0	49,728

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

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	5,264,488
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,264,488
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,000,253
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,264,741
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA 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): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP	114,931.0	574,655
4	ACIDO URICO GEN.2 COBAS INTEGRA	33,560.0	134,240
1	ALBUMINA GCG GEN.2 COBAS C 300 TESTS	23,536.0	23,536
1	CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS	27,480.0	27,480
1	FOSFORO GEN.2 COBAS INTEGRA 250 TESTS	19,584.0	19,584
2	COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS	46,160.0	92,320
1	PROTEINA C TEACTIVA CRP GEN.3 250 TESTS COBAS C	131,333.0	131,333
1	DILUYENTE ISE II GEN.2	57,672.0	57,672
1	ISE INT. STANDAR GEN.2 COBAS	81,756.0	81,756
1	SOL. ELECTRODO REFERENCIA H-911 5 x 300 ML.	89,595.0	89,595
1	STANDARD BAJO Hit/COBAS	49,698.0	49,698
1	STANDARD ALTO Hit/COBAS	49,698.0	49,698
2	ELECSYS HCG+B II	174,909.0	349,818
8	ELECSYS TSH 200 TESTS	263,963.0	2,111,704
4	ELECSYS PSA GEN. 2.1	274,533.0	1,098,132
1	ELECSYS PRECLEAN M	145,830.0	145,830
3	ELECSYS CLEAN-CELL M 2 x2 L.	85,806.0	257,418
3	ELECSYS PROCELL M 2x2 L.	85,806.0	257,418
2	ELECSYS T4 LIBRE 200 TESTS	249,522.0	499,044
1	PROTEINAS TOTALES GEN 2 COBAS INTEGRA	17,568.0	17,568

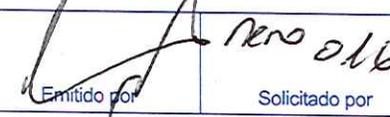
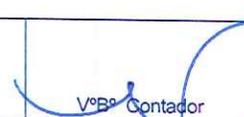
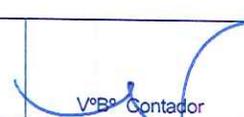
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	6,068,499
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,068,499
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,153,015
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,221,514

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

072515

FECHA: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688	1,376
5	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	2,330
10	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	6,490
2	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688	1,376
10	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	1,438	14,380
4	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,656	6,624
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	2,340
4	SACA ZARRO FRASCO	1,916	7,664

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	42,580
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,580
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	8,090
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,670

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS

Emittido 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 02-09-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

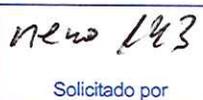
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	650	3,250
10	CLORO X LITRO	296	2,960
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405	4,050
10	PANO AMARILLO	130	1,300

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	11,560
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,560
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,196
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,756

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

		
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: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 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.

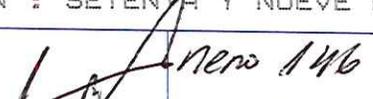
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	36,680
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	29,880

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	66,560
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,560
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	12,646
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,206

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

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

072512

89 X

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 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	PILAS AAA x 4	1,434.00	7,170
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,388.00	16,940

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	24,110
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,110
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	4,581
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,691

SON : VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	91,700

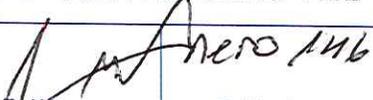
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

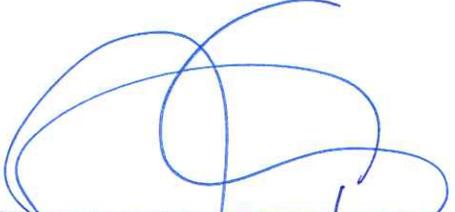
CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	91,700
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	91,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	17,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,123

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NUEVE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

072510

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	7,620

**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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 7,620  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 7,620  
IVA 1,448  
TOTAL FACTURA 9,068

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

	<i>Rene 146</i>	
Escrito por	Solicitado por	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	83.00	3,320
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	227.00	2,270
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	3,810
50	SACA PUNTAS METALICO	95.00	4,750
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,270
10	REGLA 30 CM CRISTAL	98.00	980
20	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	59.00	1,180
70	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	34.00	2,380
20	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	83.00	1,660
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	1,590
10	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	123.00	1,230
6	MODELPASTA CERAMICA EN FRIO 1/2 KILO ARTEL	2,511.00	15,066
120	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	10,080
10	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	123.00	1,230
50	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	2,800
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	1,600
70	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	34.00	2,380
5	CAJA ALFILERES	161.00	805
12	POST IT CHICO AMARILLO higland	103.00	1,236
5	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	690.00	3,450
3	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	1,180.00	3,540
70	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	34.00	2,380
5	ACUARELA 12 COLORES CAJA	586.00	2,930
20	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	83.00	1,660
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	921.00	9,210
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	5,080
3	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	958.00	2,874
60	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	7,620
5	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	564.00	2,820
15	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	9,270
40	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	83.00	3,320
20	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	83.00	1,660
40	PAPEL CREPE PLIEGO BLANCO ROLLY	83.00	3,320
60	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	7,620

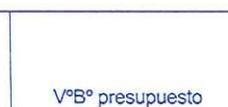
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	127,391
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,391
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORD 1651	IVA	24,204
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,595

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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
5	PORTA MINAS Ø.5 PENTEL	264.00	1,320
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	70.00	3,500
5	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098.00	5,490
12	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	3,408
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	2,590
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	550.00	2,750
5	TIJERAS GRANDE	352.00	1,760
70	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	128,380
70	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	104,580
39	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	7,371
5	PORTA MINAS Ø.7	264.00	1,320

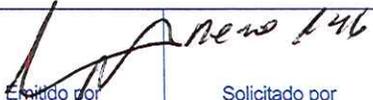
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	262,469
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	262,469
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	49,869
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	312,338

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

 Emisor 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	127.00	1,270
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	127.00	1,270
15	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	83.00	1,245
10	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	428.00	4,280
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	227.00	4,540
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	4,540
15	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	83.00	1,245
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	227.00	4,540
5	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	243.00	1,215
5	PINCEL GERMAN 101 N° 11	206.00	1,030
5	PINCEL GERMAN 101 N° 5	98.00	490
5	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	271.00	1,355
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	83.00	830

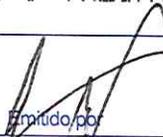
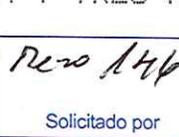
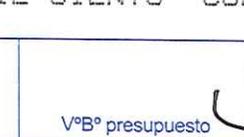
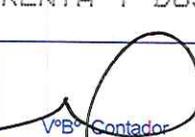
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	27,850
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,850
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	5,292
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,142

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

X 49

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	1,380
1	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297.00	1,297
10	DESTACADOR ROSADO	159.00	1,590
10	DESTACADOR AMARILLO	159.00	1,590
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	1,905
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	2,540
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,270
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	286.00	1,430
1	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,485.00	1,485
1	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	200.00	200
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	1,590
20	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	1,680
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	1,270
1	FOLIADOR 6 CIFRAS 4,5 MM. (0 - 12 REPET.)	6,899.00	6,899
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	2,540
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	1,590
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	159.00	1,590
2	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	34.00	68
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	1,590
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	159.00	1,590
15	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	840
7	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	620.00	4,340
2	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	34.00	68
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	127.00	1,270
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,200
30	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	34.00	1,020
30	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	39.00	1,170
10	DESTACADOR VERDE	159.00	1,590
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	12,360
3	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	690.00	2,070
10	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	3,170
1	CAJA DE VALORES 20 CMS. CON CERRADURA DE COMBINACION	7,225.00	7,225
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	127.00	1,270

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	74,687
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,687
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	14,191
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,878

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDN : OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

	<i>Novo 146</i>	
Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

072505

5-9

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CUCHILLO CARTONERO	149.00	447
5	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098.00	5,490
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	5,180
5	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716.00	3,580
5	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SOGM 2MM DORADO	1,305.00	6,525
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	112.00	5,600
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364.00	3,640
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
5	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	539.00	2,695
20	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	13,800
5	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	576.00	2,880
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	3,500
3	TIJERAS GRANDE	352.00	1,056
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	36,680
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	29,880
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328.00	1,640
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	550.00	11,000
3	PORTA MINAS 0.7	264.00	792
3	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	264.00	792

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	137,067
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	137,067
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	26,043
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	163,110

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL CIENTO DIEZ 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.

8-9

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,388.00	6,776
6	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,400.00	14,400
6	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	798.00	4,788
12	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	7,416
12	LAPIZ UNI-BALL	341.00	4,092
12	SACA PUNTAS METALICO	95.00	1,140
12	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	428.00	5,136
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	11,339.00	22,678
15	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	290.00	4,350
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	1,524
24	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	127.00	3,048
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	1,524
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	1,524
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,524
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
12	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	285.00	3,420
12	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	215.00	2,580
12	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	160.00	1,920
12	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	123.00	1,476
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,840
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	270.00	3,240
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
12	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	629.00	7,548
2	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	629.00	1,258
12	PINCEL PLANO 577 N:12 ALO	243.00	2,916
12	PINCEL GERMAN 101 N:11	206.00	2,472
24	PINCEL GERMAN 101 N:5	98.00	2,352
6	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,529.00	9,174

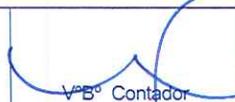
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	134,128
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	134,128
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	25,484
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	159,612

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	198.00	2,376
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	9,300.00	18,600
6	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	1,788
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
12	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	117.00	1,404
12	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	4,200
24	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	1,080
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	2,376
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	550.00	6,600
12	STICK FIX 40 gr. UHU	526.00	6,312

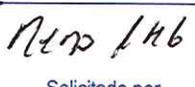
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	49,488
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,488
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	9,403
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,891

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:



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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	2,016
1	CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO	945.00	945
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	1,270
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	1,270
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	127.00	2,540
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	1,270
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	1,270
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,270
30	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,680
1	CAJA CORCHETES 1000 UNID. PARA ENGRAPADORA 260 5/16 8M.M.	1,690.00	1,690
4	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,728.00	10,912

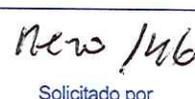
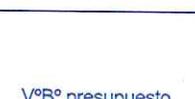
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	26,133
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,133
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,965
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,098

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y UN MIL NOVENTA 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	526.00	3,156
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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 4,668  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 4,668  
 IVA 887  
 TOTAL FACTURA 5,555

Emitted by: *LA NERO 146*  
 Solicited by: *[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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

59

072500

FECHA: 02-09-2014

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 02-09-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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 MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	11,952
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	5,556

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	17,508
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,508
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,327
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,835

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-09-2014 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	TIJERAS PUNTA ROMA	185.00	185
4	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	2,460
2	CLIPS GRANDE 80 MM.	463.00	926
5	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	490

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,061
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,061
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	772
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,833

SON : CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización Nº 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

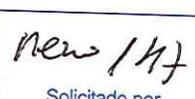
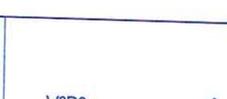
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364.00	1,820
2	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	494
1	TONER HP LASERJET P2055DN ( 05 A )	37,964.00	37,964
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	29,880

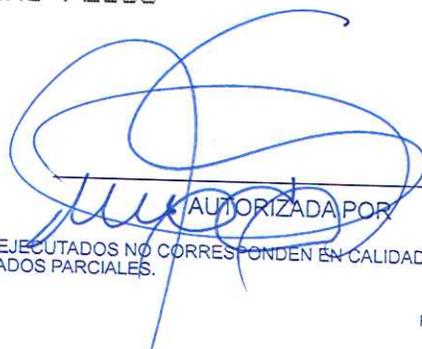
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	70,158
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,158
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,330
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,488

SON : OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Emisor 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: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLIPS GRANDE 80 MM.	463.00	9,260
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	8,456
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	18,676
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,676
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	3,548
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,224
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS		

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

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

5.9

072496

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CUCHILLO CARTONERO	149.00	298
10	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	619.00	6,190

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	6,488
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,488
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	1,233
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,721

SON : SIETE MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 11

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	128.00	2,560
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	1,280
10	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	124.00	1,240
10	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109.00	1,090
10	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190.00	1,900
2	BORRADOR FISCAL OFICIO	440.00	880
2	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	549.00	1,098
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	128.00	1,280
2	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	494.00	988
2	BLOCK BORRADOR	212.00	424
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	128.00	1,280
2	BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON	540.00	1,080
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,450
4	ABRE CARTA	2,600.00	10,400
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	1,280
2	ELASTICO X KILO	2,140.00	4,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	1,280
1	PEINE EVB 4 PUNTAS	4,000.00	4,000
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	2,560
10	DESTACADOR ROSADO	169.00	1,690
10	DESTACADOR NARANJO	169.00	1,690
4	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID. OFICIO	1,650.00	6,600
10	DESTACADOR CELESTE	169.00	1,690
2	MICA CARTA 50 UND. GRIS	4,463.00	8,926
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	4,800
2	TIJERAS ZIG-ZAG	1,004.00	2,008
30	POST IT GRANDE AMARILLO highland	260.00	7,800
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754.00	7,540
3	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	12,684
10	PILAS CR 2032 3 VOL	938.00	9,380

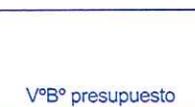
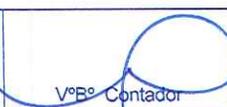
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	111,278
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	111,278
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,143
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	132,421

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN 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.

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	6,216
2	CORCHETERA BOSH		
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	3,234.00	6,468
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	668.00	8,016
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,834.00	73,360
2	CUCHILLO CARTONERO	1,494.00	44,820
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	149.00	298
4	REGLA METALICA X 30 CM.	298.00	2,980
18	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	450.00	1,800
10	PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL	619.00	11,142
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	198.00	1,980
2	PIZARRA CORCHO 80X70 CM.	198.00	1,980
5	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	4,900.00	9,800
3	PERFORADOR MEDIANO cangaro	198.00	990
10	PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO	990.00	2,970
		198.00	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	174,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	174,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	33,212
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	208,012
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : DOSCIENTOS OCHO MIL DOCE PESOS		

Emiso por: *Nero Ht*  
Solicitado por: \_\_\_\_\_  
V°B° presupuesto: \_\_\_\_\_  
V°B° Contador: \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 11

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	227.00	4,540
10	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T.AZUL PEGAFIX	411.00	4,110
200	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	2,800
20	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	4,220
30	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	18,450
40	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	10,400
50	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	22,400
50	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	22,400
50	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	22,400
100	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	9,600
50	PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.	1,265.00	63,250
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	2,200
200	VASOS T <sub>ERMICOS</sub> 300ML	450.00	90,000
20	TIJERAS PUNTA ROMA	185.00	3,700

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	280,470
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	280,470
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	53,289
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	333,759

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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  
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072492

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,941.00	59,410
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328.00	3,280
10	CORCHETERA TORRE B4	1,941.00	19,410
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364.00	3,640
40	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	668.00	26,720
10	CUCHILLO CARTONERO	149.00	1,490
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	2,980
20	TIJERAS GRANDE	352.00	7,040
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	74,700
36	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	18,648

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	217,318
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	217,318
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	41,290
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	258,608
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS		

Efectado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	COLA FRIA X KILO	2,076.00	10,380
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	128.00	1,280

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	16,780
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,780
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	3,188
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,968

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

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

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 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
3	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	227.00	681
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	1,280
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
6	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,590.00	9,540
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	269.00	2,690
3	CAJA ALFILERES	161.00	483
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	8,720
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	128.00	1,280
10	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	189.00	1,890
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	128.00	1,280
10	CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL	189.00	1,890
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	12,300
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	2,340
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	128.00	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128.00	1,280
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,530
30	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	8,820
30	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO	150.00	4,500
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	1,280
100	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	44,800
4	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	6,179.00	24,716
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
3	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,290.00	3,870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	128.00	1,280
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
20	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T. AZUL PEGAFIX	411.00	8,220

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	174,930
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	174,930
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	33,237
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	208,167

SON : DOSCIENTOS OCHO MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS

Emitted 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): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 02-09-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 5205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	450
20	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	121.00	2,420
20	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	630.00	12,600
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	479.00	9,580
5	TIJERAS GRANDE	352.00	1,760
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	9,900
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	9,900
30	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157.00	4,710
20	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494.00	29,880
20	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834.00	36,680
5	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,727.00	8,635
10	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	2,470
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364.00	3,640
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	668.00	6,680

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	141,505
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,505
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	26,886
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,391
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR

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 03-09-2014 sírvase despachar

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

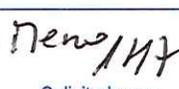
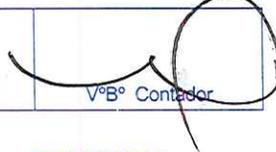
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	DESTACADOR AMARILLO	169.00	1,690
100	VASOS TERMICOS 300ML	450.00	45,000
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	150.00	1,500
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228.00	8,456
5	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	2,265
50	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	22,400
50	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	22,400
2	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	724
50	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	22,400
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	132.00	264
3	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	380.00	1,140
100	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	9,800
2	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 200 CC	1,490.00	2,980
2	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	1,790.00	3,580
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	2,430
150	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	2,700
1	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM VERDE CLARO	252.00	252
1	ELASTICO X KILO	2,140.00	2,140

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	152,121
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	152,121
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	28,903
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	181,024

SON : CIENTO OCHENTA Y UN MIL VEINTICUATRO PESOS  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,430.00	5,720
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,430.00	2,860
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	1,490
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	5,180
15	STICK FIX 40 gr. UHU	526.00	7,890
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	4,400
20	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	198.00	3,960
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	582.00	29,100
100	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	582.00	58,200
25	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	1,125
3	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328.00	984
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	36,680
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	29,880
5	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,176.00	5,880
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,430.00	2,860

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	196,209
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,209
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	37,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	233,489

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

			
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuestado	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	4,480
5	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,489.00	7,445
1	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	650.00	650
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	55.00	275
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	260.00	2,600
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	184.00	1,840
30	SACA PUNTAS METALICO	96.00	2,880
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	269.00	2,690
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214.00	2,140
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	2,940
5	REGLA METALICA X 50 CM.	1,198.00	5,990
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
5	PEGAMENTO LA GOTITA	675.00	3,375
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	279.00	2,790
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	8,620
10	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	4,480
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	2,200
10	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	4,480
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	900
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	269.00	2,690

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	81,215
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,215
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	15,431
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,646

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ANTORIZADA POR

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

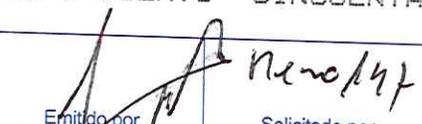
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328.00	3,280
5	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	225
15	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	1,650
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	15,540
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	860
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157.00	1,570
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	1,570
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	430.00	8,600
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716.00	7,160
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364.00	3,640
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364.00	3,640
30	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	5,670
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIO X100 UND.	9,300.00	27,900
5	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,722.00	43,610
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	2,980

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	127,895
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,895
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	24,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,195

SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 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.

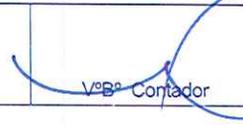
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	210.00	1,050
5	DEDOS GOMA ROJO	50.00	250
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754.00	7,540
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754.00	7,540
10	SACA PUNTAS METALICO	96.00	960
10	REGLA 30 CM CRISTAL	94.00	940
20	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	56.00	1,120
24	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	3,552
10	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	531.00	5,310
5	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	564.00	2,820
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	8,620
40	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	150.00	6,000
15	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	55.00	825
5	DEDOS GOMA AZUL	49.00	245
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,485.00	4,485
50	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	26.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	52,557
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,557
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	9,986
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,543

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

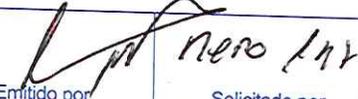
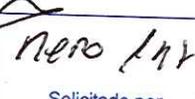
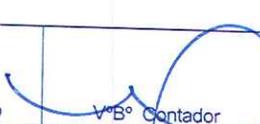
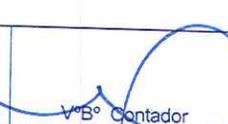
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	STICK FIX 40 gr. UHU	526.00	5,260
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	91,700
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
5	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	275.00	1,375
5	PORTA MINAS Ø.7	264.00	1,320
15	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098.00	16,470
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	74,700
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	5,180
10	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,122.00	11,220
2	CORCHETERA TORRE B4	1,941.00	3,882

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	212,997
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	212,997
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	40,469
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	253,466

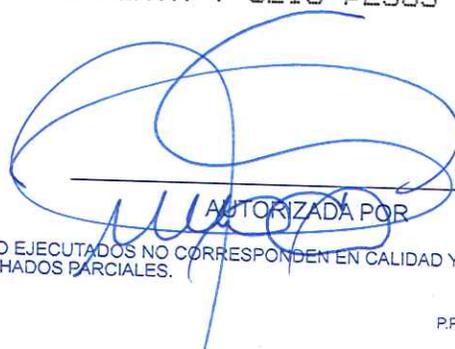
SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR 

FECHA: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 AZUL PROARTE	128.00	2,560
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	150.00	1,200
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150.00	1,200
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	150.00	1,200
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	1,280
5	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109.00	545
1	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214.00	214
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190.00	950
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	9,720
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	150.00	1,200
2	CARPETA FUELLE OFICIO MALETIN	1,660.00	3,320
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	1,280
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	2,560
1	CLIPS MEDIANO X KG	2,035.00	2,035
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	2,560
40	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	2,880
2	MICA CARTA 50 UND. GRIS	4,463.00	8,926
1	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	4,554.00	4,554
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	150.00	1,200
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754.00	15,080
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754.00	15,080
20	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,120
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	124.00	620
10	CARPETA DE CARTON	44.00	440
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
15	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	4,755
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754.00	15,080
2	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	564.00	1,128
2	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	531.00	1,062

**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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	107,369
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,369
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	20,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,769

SON : CIENTO VEINTISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

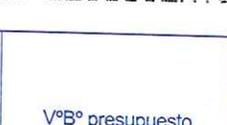
De acuerdo a su cotización N° 1 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

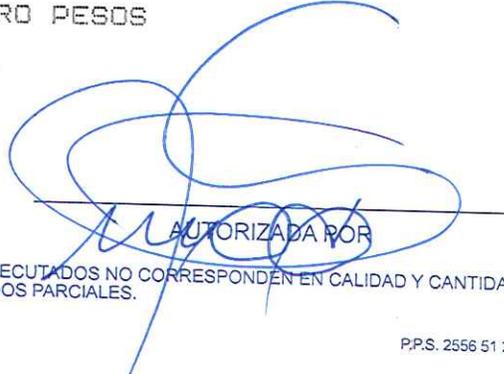
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	584.00	2,920
3	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,433.00	4,299
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,430.00	2,860
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,430.00	2,860
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	4,630
5	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	576.00	2,880
5	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716.00	3,580
5	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098.00	5,490
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
5	CUCHILLO CARTONERO	149.00	745
2	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	550.00	1,100
5	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SOGM 2MM DORADO	1,305.00	6,525
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	18,340
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	14,940
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	6,900
2	PORTA MINAS 0.7	264.00	528
2	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	264.00	528
3	TIJERAS GRANDE	352.00	1,056

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	82,071
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,071
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	15,593
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,664
CONDICION : NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 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
12	GOMA DE BORRAR	45.00	540
12	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	216
24	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	336
25	CARPETA COLGANTE CON RIEL METALICO	115.00	2,875
6	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	171.00	1,026
1	CAJA CORCHETES 1000 UNID. SWINGLINE 101-5 5/16	1,635.00	1,635
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR CELESTE 500 HOJAS	4,485.00	4,485
4	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	3,448
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,485.00	4,485

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	19,046
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,046
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,619
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,665
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS		

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	614.00	7,368
12	MARCADOR ROPA M10 AZUL	614.00	7,368
12	MARCADOR ROPA M10 VERDE	614.00	7,368
6	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	660
3	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	897.00	2,691
24	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	35,856
6	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716.00	4,296
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,722.00	52,332
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	275.00	1,650

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	119,589
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	119,589
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	22,722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	142,311
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CIENTO CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 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	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	1,280
3	PINCEL GERMAN 101 N°5	159.00	477
3	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	308.00	924
2	DESTACADOR NARANJO	169.00	338
2	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509.00	1,018
3	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,939.00	8,817
2	CORCHETERA TORRE B7	5,031.00	10,062
2	DESTACADOR CELESTE	169.00	338
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	3,600
3	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T.AZUL PEGAFIX	411.00	1,233
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	4,920
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	980
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	128.00	3,840
1	PLANCHA PLUMAVIT 0.50 X 1.00 MTS 5 CM	903.00	903
1	CAJA BROCHES METALICOS	360.00	360
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128.00	1,280
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	2,560
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	430
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	2,560
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	1,280
3	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	244.00	732
15	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	1,470
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	1,280
20	GOMA DE BORRAR	45.00	900
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	1,728
2	PITILLA CONO	411.00	822
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	7,790.00	15,580
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	150.00	600
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150.00	600
30	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,680
4	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	1,944
2	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	958.00	1,916

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	78,368
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,368
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	14,890
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,258
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

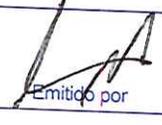
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO		
2	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	920.00	1,840
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	920.00	1,840
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	926.00	2,778
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	1,834.00	55,020
3	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	45.00	135
2	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	298.00	894
4	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	1,176.00	2,352
2	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	121.00	484
2	LIBRETA INDICE TELEFONICO CON ESPIRAL CLASICA RHEIN	920.00	1,840
		1,032.00	2,064
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.		
12	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	275.00	1,650
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	189.00	2,268
6	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	284.00	1,420
2	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	668.00	4,008
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	920.00	1,840
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	582.00	6,984
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	582.00	13,968
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	1,494.00	74,700
3	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	204.00	2,040
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	350.00	1,050
		320.00	640

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

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

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	179,815
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	179,815
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	34,165
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	213,980

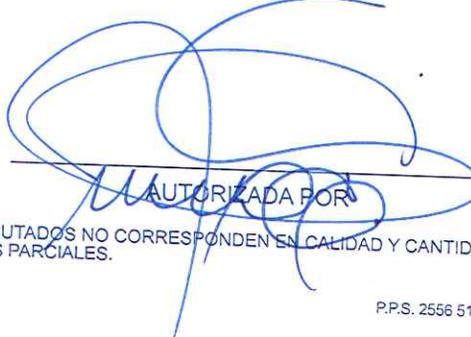
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : DOSCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

  
AUTORIZADA POR

X-8-9

072476

FECHA: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LIBRO DE ACTAS CUADRICULADO 400 HOJAS	4,430.00	8,860
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	132.00	132
3	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	958.00	2,874
1	PUSH PINS X 100 UND.	378.00	378
4	APRETAPAPEL MEDIANO	45.00	180
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	1,920
3	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILD	1,064.00	3,192

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : VEINTE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 17,536  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 17,536  
 IVA 3,332  
 TOTAL FACTURA 20,868

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 11

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	1,202.00	2,404
2	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,139.00	4,278
3	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX	1,493.00	4,479
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128.00	640
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	640
11	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,983
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,485.00	4,485
1	LAPIZ PARA MARCAR CD	279.00	279
3	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	958.00	2,874
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612.00	6,120
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	640
1	CAJAS PARA CARPETAS COLGANTES EUROBOX	1,659.00	1,659
2	REVISTERO CARTA AZUL # 22	987.00	1,974
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO CELESTE REPROGRAF	5,200.00	5,200
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA CELESTE REPROGRAF	4,485.00	4,485
30	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	13,440
30	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	13,440
30	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	13,440
1	MODELPASTA CERAMICA EN FRIO 1/2 KILO ARTEL	2,520.00	2,520
1	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250.00	4,250
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	4,360
3	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	951
4	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	936
5	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,489.00	7,445
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	1,920
200	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	2,800
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	3,600
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	1,920
1	ESPIRAL 14 MM. NEGRO 100 HJS. ( 50 U. )	3,675.00	3,675
6	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	2,916
3	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	958.00	2,874
3	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	2,586
30	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	1,320
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	640

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	133,793
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	133,793
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	25,421
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	159,214
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CATORCE 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

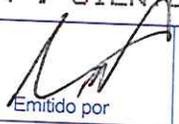
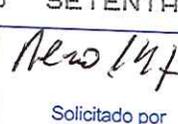
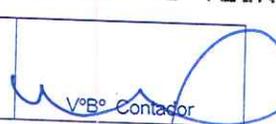
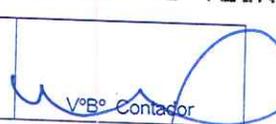
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PERFORADOR MEDIANO cangaro	990.00	4,950
3	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	920.00	2,760
5	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	920.00	4,600
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	6,900
3	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	920.00	2,760
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	1,490
3	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	490.00	1,470
10	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	2,470
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	3,500
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494.00	74,700
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	1,980
1	PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO	198.00	198
60	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	2,580
25	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	1,125
1	PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL	198.00	198
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	926
3	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	630.00	1,890
5	CORCHETERA BOSH	3,234.00	16,170
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	1,980
3	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	275.00	825
2	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	378
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,430.00	1,430
3	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	920.00	2,760
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,430.00	1,430
4	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,122.00	4,488
1	BORRADOR PARA PIZARRA MAGNETICA	284.00	284
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	148,422
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,422
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	28,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,622

MON : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR 

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	169.00	845
5	DESTACADOR NARANJO	169.00	845
5	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509.00	2,545
2	CORCHETERA TORRE B7	5,031.00	10,062
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228.00	21,140
5	DESTACADOR AMARILLO	169.00	845
4	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	3,120.00	12,480
5	DESTACADOR VERDE	169.00	845

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	49,607
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,607
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	9,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,032
MON : CINCUENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y DOS PESOS		

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

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR** *[Signature]* **FACTORIZADA 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	668.00	10,020
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204.00	2,040
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	55,020
5	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	430.00	2,150
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	59,760
40	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	37,040
5	MAGIC CLIPER 4.8 MM. CLIP METALICO 50UD. SELLO OFICE	590.00	2,950
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	2,040
10	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	117.00	1,170
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	298.00	1,490
5	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	410.00	2,050

**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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : DOSCIENTOS NUEVE MIL CIENTO DIECINUEVE PESOS

VALOR NETO 175,730  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 175,730  
 IVA 33,389  
 TOTAL FACTURA 209,119

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *ALNO 147* V°B° presupuesto 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  
 LO COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 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
100	ACIDO MEFENAMICO 500 MG. CAJA x 10 COMP.	308.0	30,800
4	ANTIESPASMODICO INFANTIL SAE CAJA x 50 SUPOS.	3,743.0	14,972

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	45,772
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,772
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	8,697
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,469

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS 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  
O 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 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
22	CLONAZEPAM 2 MG. CAJA x 1000 COMP.	9,756.0	214,632
352	ZOPICLONA 7.5 MG. CAJA x 30 COMP.	1,633.0	574,816

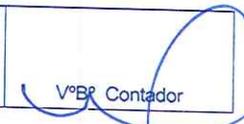
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

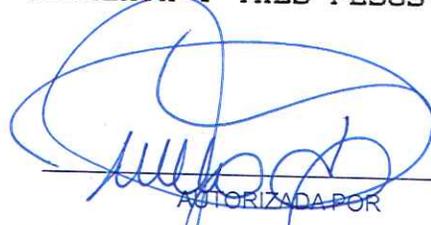
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS

VALOR NETO 789,448  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 789,448  
 IVA 149,995  
 TOTAL FACTURA 939,443

CUARENTA Y TRES PESOS

Emitido por 	Solicitado por <i>re no</i> <i>144</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  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072469

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

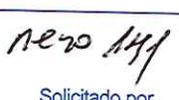
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
300	FLUOXETINA 20 MG. x 20 COMP.	180.0	54,000

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

VALOR NETO 54,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 54,000  
 IVA 10,260  
 TOTAL FACTURA 64,260

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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
3	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	8,940
6	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	679.0	4,074
3	TE LIPTON YELLOW LABEL CAJA x 100 BLS.	1,946.0	5,838
7	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. PAQ. x 25 UNID.	403.0	2,821
1	REVOLVEDOR OLASTICO PAQ. x 1.000 UNID. 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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTIOCHO MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 23,653  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 23,653  
 IVA 4,494  
 TOTAL FACTURA 28,147

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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
5	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	14,900
2	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	679.0	1,358
2	TE LIPTON YELLOW LABEL CAJA x 100 BLS.	1,946.0	3,892
8	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. PAQ. x 25 UNID.	403.0	3,224
1	REVOLVEDOR PLASTICO PAQ. x 1.000 UNID. 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  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA MIL CIENTO SETENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 25,354  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 25,354  
 IVA 4,817  
 TOTAL FACTURA 30,171

Emitido por: *[Signature]*  
 Solicitado por: *meno 543*  
 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.

FECHA: 02-09-2014

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
2	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	5,960
2	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	679.0	1,358
8	VASO DESECH. 200 ML. PAQ. x 25 UNID. BLANCO	277.0	2,216
8	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. PAQ. x 25 UNID.	403.0	3,224
1	REVOLVEDOR PLASTICO PAQ. x 1000 UNID. PALETA	1,980.0	1,980
10	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO PAQ. x 20 UNID.	429.0	4,290

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 19,028  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 19,028  
 IVA 3,615  
 TOTAL FACTURA 22,643

Emitted por: *[Signature]*  
 Solicitado por: *Renzo 659*  
 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.

072465

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ARTEL S.A. I.C. 926420003

Dirección: MATIAS COUSINO 64

Teléfono: 0

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	OLEO ARTEL 22 ML NARAJO CADMIO	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML OCRE AMARILLO	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML SIENA NATURAL	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML AZUL ULTRAMAR	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML AZUL PRUSIA	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML VERDE VEJIGA	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML VERDE ESMERALDA	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML AMARILLO LIMON	624.00	6,240
10	OLEO ARTEL 22 ML CADMIO ESCARLATA	624.00	6,240
4	OLEO ARTEL 50 ML BLANCO TITANE0	1,254.00	5,016
5	MEDIUM PARA OLEO FCO 1 LT	6,044.00	30,220
13	LAPIZ PITT FABER SANGUINEA OSCURA GRASA	1,136.00	14,768
13	GOMA FACTIS S20 MIGA DE PAN SUAVIZADA	262.00	3,406
13	BLOCK PALETA DE PAPEL 50 50H	2,481.00	32,253
20	TOALLA MARCA NOVA POR ROLLO	403.00	8,060
13	PINCEL ARTEL 106 N2 SINTET PLANO	531.00	6,903
13	PINCEL ARTEL 106 N4 SINTET PLANO	733.00	9,529
13	PINCEL ARTEL 106 N6 SINTET PLANO	867.00	11,271
13	PINCEL ARTEL 106 N8 SINTET PLANO	1,203.00	15,639
13	PINCEL ARTEL 106 N10 SINTET PLANO	1,741.00	22,633
13	PINCEL ARTEL 106 N12 SINTET PLANO	2,212.00	28,756
3	PINCEL ARTEL 101 N2 SINTET REDONDO	464.00	1,392
3	PINCEL ARTEL 101 N4 SINTET REDONDO	464.00	1,392
3	PINCEL ARTEL 101 N6 SINTET REDONDO	598.00	1,794
3	PINCEL ARTEL 101 N8 SINTET REDONDO	1,069.00	3,207
3	PINCEL ARTEL 101 N10 SINTET REDONDO	1,607.00	4,821
3	PINCEL ARTEL 101 N12 SINTET REDONDO	2,010.00	6,030
13	BROCHA ARTEL 691 N1 ANCHO 3CM	531.00	6,903
5	SET 5 ESPATULAS PLASTICAS	867.00	4,335
60	BASTIDOR ARTEL ESTUDIO 20 X 30	1,338.00	80,280
60	BASTIDOR ARTEL ESTUDIO 30 X 30	1,539.00	92,340
60	BASTIDOR ARTEL ESTUDIO 30 X 40	1,876.00	112,560

**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 FON0: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	559,668
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	559,668
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	106,337
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	666,005

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
	AC No 38		

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: 02-09-2014

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
2	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	5,960
3	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	679.0	2,037
8	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. x 25 UNID.	403.0	3,224
1	REVOLVEDOR PLASTICO PAQ. x 1000 UNID. PALETA	1,980.0	1,980
2	TE LIPTON YELLOW LABEL CAJA x 100 BL.	1,946.0	3,892

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 17,093  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 17,093  
 IVA 3,248  
 TOTAL FACTURA 20,341

Emiso 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.

072463

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

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	ELECTRODO CUADRADO 5 x 5 cm. (42041)	5,000.0	60,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS

VALOR NETO 60,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 60,000  
 IVA 11,400  
 TOTAL FACTURA 71,400

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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.

3-9

FECHA: 02-09-2014

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
2	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	5,960
2	TE LIPTON YELLOW LAVEL CAJA x 100 BL.	1,946.0	3,892
2	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	679.0	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : TRECE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS

VALOR NETO 11,210  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 11,210  
IVA 2,130  
TOTAL FACTURA 13,340

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
	Renzo 357		

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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): BIOTECH LIMITADA 760063665

Dirección: ARZOBISPO LARRAIN GANDARILLA 145

Teléfono: 6350809

At.: Sr.: PAMELA SAEZ

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	AIR/PROPHY/DESMANCHADOR METALICO M4 MACHTIG	28,500.0	57,000
2	ADAPTADOR PARA PIEZA DE MANO DE B2 A M4 SALIDA S CX199	9,900.0	19,800
2	REPUESTO BICARBONATO AIR PROPHY FRUTILLA FRASC O 130 GR. MAC	7,500.0	15,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS

VALOR NETO 91,800  
 DESCUENTO 0.0 10,000  
 SUB-TOTAL 81,800  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 81,800

Emitido por: *[Signature]* Nemo 236  
 Solicitado por: \_\_\_\_\_  
 V°B° presupuesto: \_\_\_\_\_  
 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* 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	NISTATINA 100.000 UI CAJA x 12 OVULOS	1,126.0	112,600

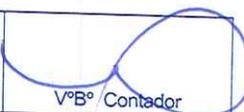
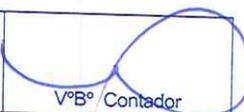
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 112,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 112,600  
 IVA 21,394  
 TOTAL FACTURA 133,994

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	<i>Cambio previsto de 2.</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: 01-09-2014

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS 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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	34,101
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	34,101
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	6,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,580

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CUARENTA MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	MEMO#545 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 01-09-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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

Teléfono:

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

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

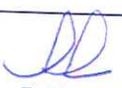
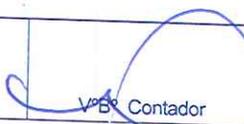
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 30.000		
4	TARJETAS \$ 35.000	30,000	90,000
5	TARJETAS \$ 40.000	35,000	140,000
		40,000	200,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CUATROCIENTOS TREINTA MIL PESOS

VALOR NETO 430,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 430,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 430,000

 Emitido por	MEMO # 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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	TARJETAS \$ 35.000	35,000	35,000
11	TARJETAS \$ 40.000	40,000	440,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	475,000
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	475,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	475,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS

	MEMO #495	
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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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

Teléfono:

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

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

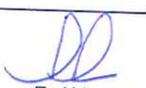
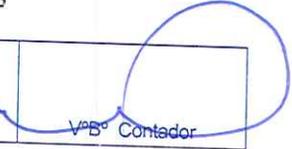
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	TARJETAS \$ 40.000	40,000	280,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS

VALOR NETO 280,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 280,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 280,000

 Emitido por	MEMO# 495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 01-09-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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
6	TARJETAS \$ 40.000	40,000	240,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	240,000
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS		

	MEMO # 495		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Coftador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

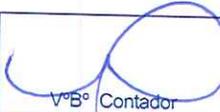
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 40.000	40,000	200,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	200,000
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	200,000
CONDICION : DOSCIENTOS MIL PESOS		

 Emitido por	MEMO#495 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

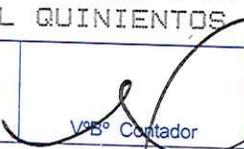
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	77,570
10	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,653.00	56,530

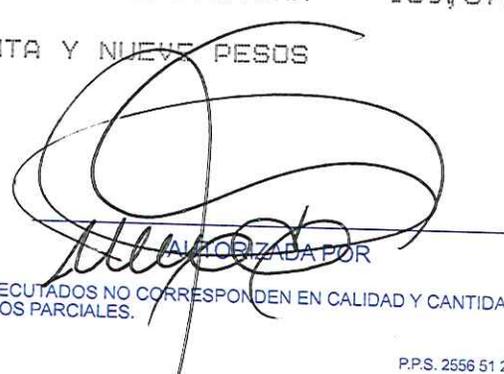
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	134,100
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	134,100
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	25,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	159,579

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	1143 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

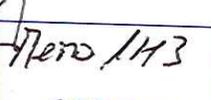
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	13,467.00	80,802
3	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484
10	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,653.00	56,530
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	77,570

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	238,386
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	238,386
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	45,293
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	283,679

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emisor 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.

O.C.

72573

(2) ?

- Cia. Nac. Distribución / L. de J.
- Abastible / San Fco. T.P.

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): ABASTIBLE S.A. 918060006

Dirección: VICUNA MAKENNA 55

Teléfono: 6939394

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.

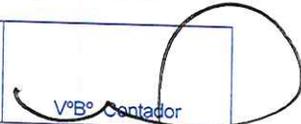
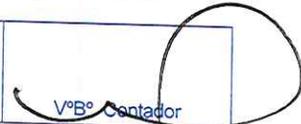
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
800	CARGA DE ESTANQUE GAS NORMAL	483.20	386,559

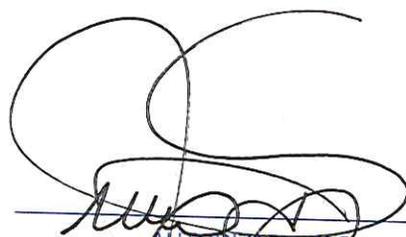
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	386,559
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	386,559
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	73,446
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	460,005
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTON : CUATROCIENTOS SESENTA MIL CINCO PESOS		

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



ORDEN DE COMPRA

072572

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	77,570

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	77,570
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	77,570
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	14,738
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,308
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS		

	nemo 143		
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: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PGS.)	13,855.00	13,855
3	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,459.00	16,377

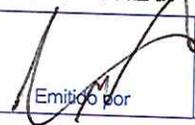
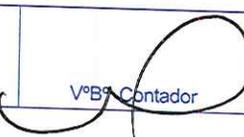
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

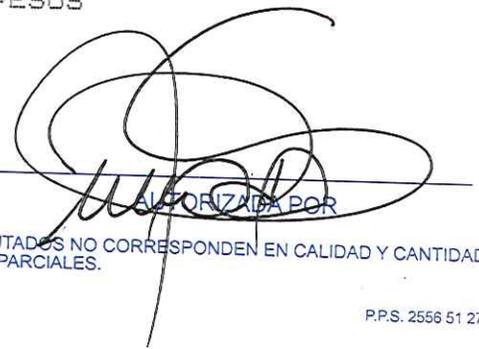
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	30,232
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,232
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	5,744
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,976

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<i>Remo 143</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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

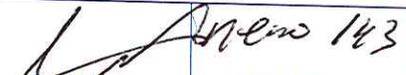
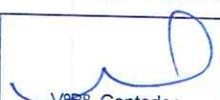
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON ( DISTRIB. MILAN )	4,068.00	8,136

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,136
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,136
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	1,546
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,682
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : NUEVE MIL SEISCIENTOS 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: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura, en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	31,028

**LA 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	31,028
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,028
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	5,895
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,923

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS

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

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

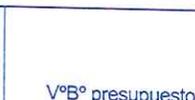
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PGS. )	13,855.00	55,420

**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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	55,420
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,420
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	10,530
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,950
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS		

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 146256

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

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

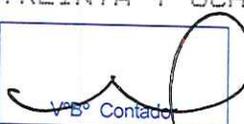
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MOPAS CHICAS humeda de algodón	2,625.00	26,250

**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	26,250
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,250
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,988
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,238

MONTO : TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 03-09-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 146256

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MOPAS GRANDES		
10	MOPAS CHICAS humeda de algodón	3,120.00	31,200
9	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	2,625.00	26,250
5	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	1,550.00	13,950
30	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	4,000.00	20,000
2	BASURERO 75 LTS SIMPLE	210.00	6,300
		16,000.00	32,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	129,700
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	129,700
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	24,643
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	154,343
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	143 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 146256

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

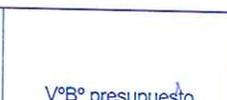
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	20,312
10	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	2,100
1	PAD NEGRO 17" PARA MAGUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.00	4,050

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,462
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,462
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	5,028
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,490
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS		

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 146256

y/o ejecutar, 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	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	8,442.00	50,652
6	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.00	24,000
8	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	40,624
10	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	2,100

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	117,376
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,376
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	22,301
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	139,677

MONEDA: CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	New 143 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  
AL 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° 146256

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

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

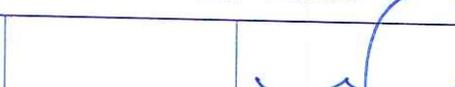
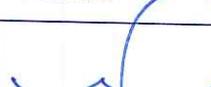
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	MOPAS CHICAS humeda de algodón	2,625.00	7,875
2	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	8,442.00	16,884
1	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,300.00	5,300
4	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	6,200
1	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9,675.00	9,675
1	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	5,078

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	51,012
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,012
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	9,692
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,704

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : SESENTA MIL SETECIENTOS 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 146256

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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
10	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	2,100
1	PORTAMOPA HUMEDO METALICO M/FIERRO (WINZA)	3,500.00	3,500
5	MOPA HOGAR C/MANGO ( WINZA )	1,700.00	8,500
10	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.00	40,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	95,244
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	95,244
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	18,096
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	113,340

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO TRECE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	new 143 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 146256

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

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

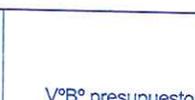
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.00	8,000
2	BASURERO 75 LTS SIMPLE	16,000.00	32,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	40,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	7,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,600

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

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

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

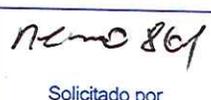
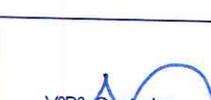
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	PACK EMBARAZO ODONTOLOGICO V	9,063.0	906,300

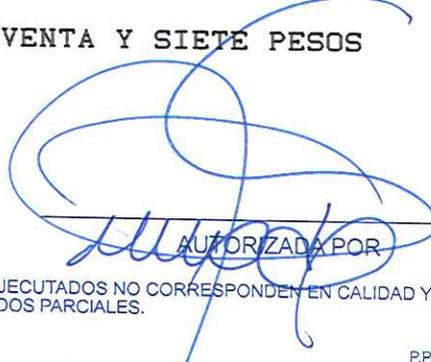
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	906,300
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	906,300
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	172,197
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,078,497

SON : UN MILLON SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

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
120	PACK EMBARAZO ODONTOLOGICO V	9,063.0	1,087,560

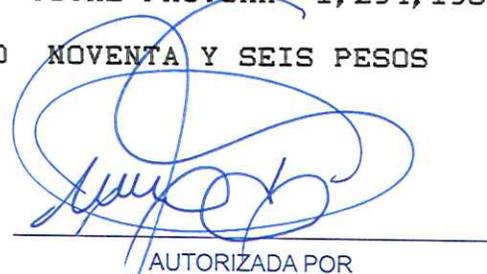
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	1,087,560
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,087,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	206,636
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,294,196

SON : UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<i>new 861</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 03-09-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	GLUCOVANCE 500 MG/5 MG. CAJA x 500 COMP. (GLUK AUT)	15,000.0	240,000

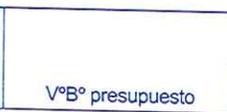
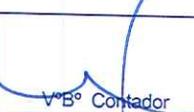
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 240,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 240,000  
 IVA 45,600  
 TOTAL FACTURA 285,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): 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.

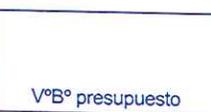
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4,000	HOJAS CARTA CON LOGO IMPRESO 7 COLORES	30.0	120,000
4,000	SOBRE SACO 23 x 28 CM. IMPRESO 7 COLORES	139.0	556,000
1,000	SOBRE SACO 38 x 46 CM. IMPRESO 7 COLORES	190.0	190,000

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	866,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	866,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	164,540
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,030,540

SON : UN MILLON TREINTA MIL QUINIENTOS 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.

072556

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: ROGER DE FLOR 2800

Teléfono: 3375422

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	NAN 1, LATAS DE 400 GRS. CAJA x 24	83,840.0	586,880
13	NESSUCAR LATAS DE 550 GRS. CAJA x 12	32,000.0	416,000

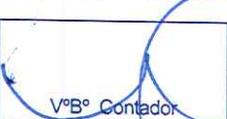
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

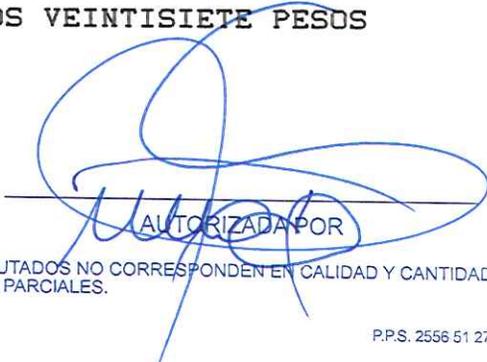
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424104 PROG. ALIMENTACION	VALOR NETO	1,002,880
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,002,880
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	190,547
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,193,427

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emitido por	nero 692 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

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

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

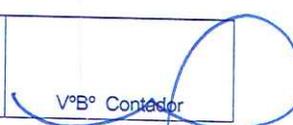
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	439.00	5,268
24	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	787.00	18,888
24	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	416.00	9,984

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	34,140
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,140
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,487
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,627

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : CUARENTA MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emitido por	<i>nero 145</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	----------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

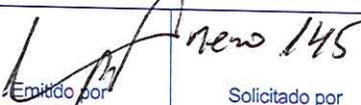
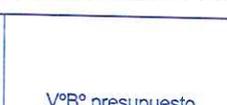
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ENDULZANTE STEVIA LIQUIDO 270 ML.	2,200.00	8,800
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,887.00	43,305
10	AZUCAR 1KG IANSA	560.00	5,600

**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 : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	57,705
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,705
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	10,964
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,669
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 13

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	29,250
25	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	6,475

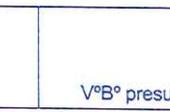
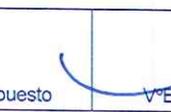
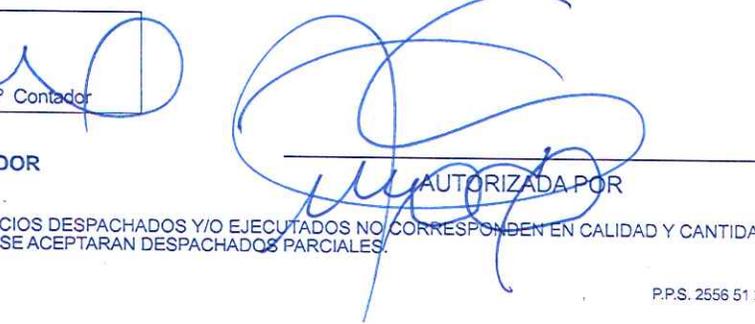
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	35,725
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,725
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,788
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,513

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TRECE 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.

*X 29*

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PAD MOUSE MAXTRO GEL NEGRO/AZUL	1,641.00	32,820
10	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	48,750
20	MOUSE CON SCROLL USB	3,680.00	73,600

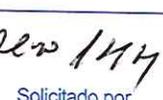
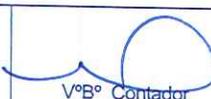
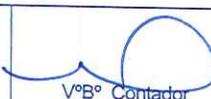
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	155,170
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,170
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,652

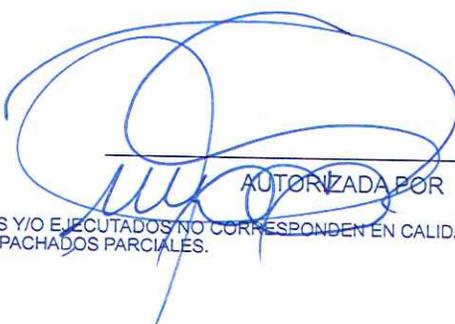
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS 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.

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 13

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAD MOUSE DE COLORES LISOS	600.00	6,000
20	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	5,180

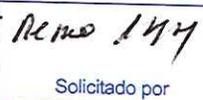
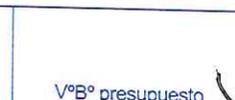
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	11,180
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,180
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	2,124
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,304

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRECE MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección:LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.:CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 13

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	MASTER RISO CZ 180	22,250.00	89,000
5	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 35 X 70 ADETEC DISPLAY	246.00	1,230

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	90,230
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	107,374

CON : CIENTO SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS.

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 3

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	2,455.00	19,640

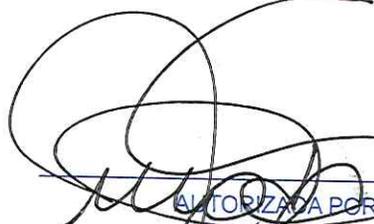
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	19,640
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,640
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	3,732
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,372

SON : VEINTITRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitted por	new 144 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 13

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	1,239.00	3,717

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	3,717
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,717
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	706
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,423
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES PESOS		

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 13

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

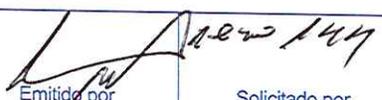
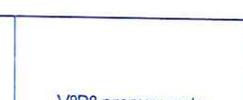
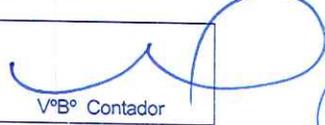
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	MOUSE CON SCROLL USB	3,680.00	22,080

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	22,080
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,080
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,195
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,275

SON : VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS 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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 13

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

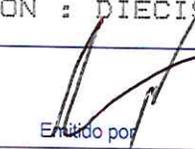
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	MOUSE CON SCROLL USB	3,680.00	11,040
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 60 - 23 X 73	269.00	269
6	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	1,554
6	CD VERBATIM GRABABLE	187.00	1,122

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	13,985
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,985
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	2,657
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,642

MONTO : DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

	1620/144		
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.

072545

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización Nº 3

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

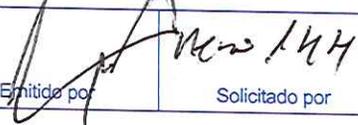
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,397.00	10,191

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	10,191
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 10,191
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA 1,936
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 12,127

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOCE MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

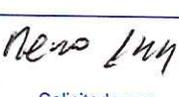
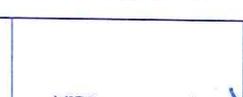
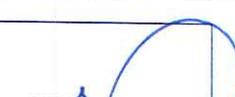
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CD IMATION GRABABLE	194.00	3,880
3	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	148.00	444
1	KIT LIMPIEZA COMPUTADOR	1,380.00	1,380
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	259.00	5,180

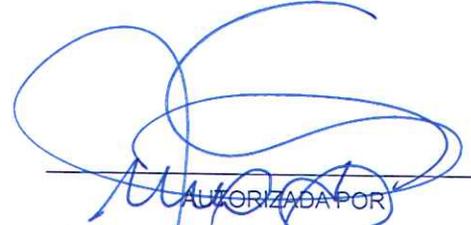
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	10,884
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 10,884
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 2,068
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 12,952

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): 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 02-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	2,455.00	2,455

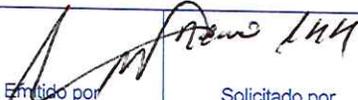
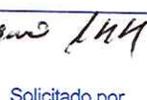
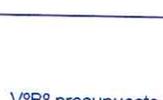
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	2,455
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,455
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	466
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,921

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIUN 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PEN DRIVER 8 GB	3,023.00	15,115

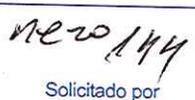
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	15,115
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 15,115
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA 2,872
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 17,987

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAVALOZAS GUIX 750 ML.	649.00	649
4	JABON LIQ. 340 ML. KLAREN MANZANA C/DOSIFICADO R	492.00	1,968

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,617
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,617
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	497
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,114
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MIL CIENTO CATORCE PESOS		

 Emitido por	Neto 143 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR  


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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

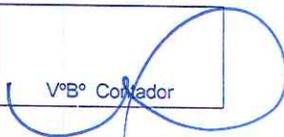
At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	37,704
4	LISOFORM AEROSOL	1,159.00	4,636
4	CLORO GEL	726.00	2,904

**LA 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	45,244
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,244
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	8,596
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,840
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS		

 Emitido por	<i>Nero 143</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Comedor
---	-----------------------------------	---	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

*8-9*

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	3,440

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	3,440
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,440
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	654
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,094

SON : CUATRO MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS

<i>LA</i> Emitido por	<i>Neto 143</i> 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: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

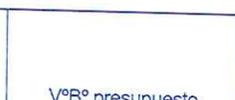
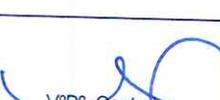
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ESPONJA VIRUTEX	189.00	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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	378
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	378
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	72
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	450
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CUATROCIENTOS CINCUENTA 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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

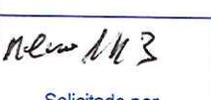
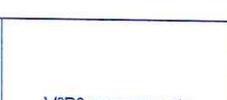
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	688.00	4,128

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,128
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,128
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	784
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,912

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATRO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

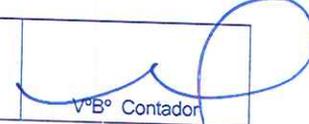
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,854.00	18,540
4	CLORO X LITRO	296.00	1,184

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,724
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,724
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	3,748
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,472

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

	Rev 143	
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: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

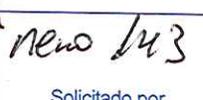
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	SOPAPO	404.00	1,616
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,720.00	6,880
4	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290.00	5,160
6	PORTA TOALLA JUMBO P/ROLLO DE 300 MTS.	5,463.00	32,778
2,000	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	7.00	14,000
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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	71,606
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,606
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,605
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,211
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y CINCO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

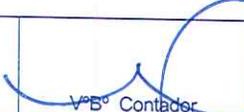
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
10	LISOFORM AEROSOL	1,159.00	11,590
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	5,400
3	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	7,350
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	28,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,434
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,034
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TREINTA Y CUATRO MIL TREINTA Y CUATRO PESOS		

	new/143	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

*89*

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,936.00	8,808
300	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	4,800
50	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	438.00	21,900
50	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	7,350
50	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	169.00	8,450
12	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	74,256
10	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,980.00	59,800
24	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	688.00	16,512

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	201,876
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	201,876
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,356
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,232

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

Emitido por <i>LA Neto 143</i>	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--------------------------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

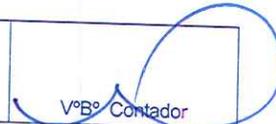
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,159.00	13,908
10	CLORO X LITRO	296.00	2,960

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	16,868
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,868
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,205
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,073
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : VEINTE MIL SETENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	<i>Meio 143</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

072531

4-9

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 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
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	11,800
15	PANOS OSNABURGO 40X70 CM. GRIS	273.00	4,095
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	4,660
6	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,894
10	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	273.00	2,730
10	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	7,490
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	9,000.00	9,000
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT	688.00	6,880

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	50,549
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,549
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	9,604
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,153
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE 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 02-09-2014 sírvase despachar

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

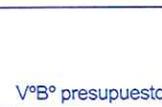
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BOLSA BASURA 80X110	575.00	11,500
5	LISOFORM AEROSOL	1,159.00	5,795
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,132.00	12,792
3	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	7,350
5	CLORO X 5 LTS	1,205.00	6,025

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,462
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,462
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	8,258
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,720

SON : CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	11,800
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
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	1,136
5	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491.00	27,455
10	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	1,438.00	14,380
60	AMPOLLETA 80 WATT	175.00	10,500
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	540.00	2,160
30	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON PO ETT	688.00	20,640
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	1,600
40	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	438.00	17,520
30	CIF CREMA X 750 CC	680.00	20,400

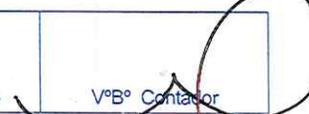
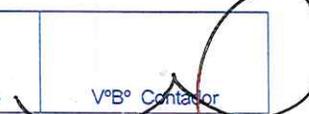
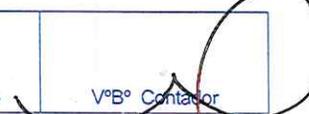
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

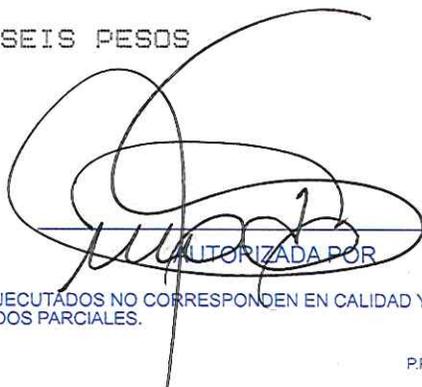
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	155,232
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,232
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	29,494
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,726

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTISEIS PESOS

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-09-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	502.00	5,020
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,854.00	5,562
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
2	LIMPIAVIDRIOS X SLTS	2,218.00	4,436
9	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	19,080
18	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,132.00	38,376
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	5,400
12	ESPONJA VIRUTEX	189.00	2,268
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,680.00	19,360
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
30	CLORO GEL	726.00	21,780
20	CLORO X 5 LTS	1,205.00	24,100
100	BOLSA BASURA 80X120	755.00	75,500

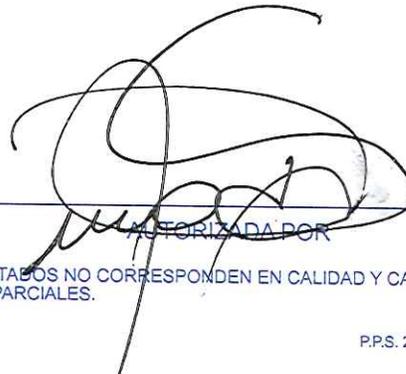
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	241,262
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	241,262
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	45,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	287,102

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

 Emitido por	<i>143</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.

X 8-9

FECHA: 02-09-2014

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	2,840
10	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	688.00	6,880
10	CIF CREMA X 750 CC	680.00	6,800
20	BOLSA BASURA 50X90	381.00	7,620
2	REMOVEDOR AMONIACADO FURIA X 5 LTS	6,324.00	12,648
6	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273.00	1,638
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
10	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	61,880
10	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249.00	12,490
10	GUANTES TEJIDO PVC	159.00	1,590
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	4,340.00	43,400
10	PANOS SACO CON OJAL	475.00	4,750
5	VIM LIQ. AMONIACLORO x 1ts	1,656.00	8,280
10	TRAPERO DOBLE C/OJAL	640.00	6,400

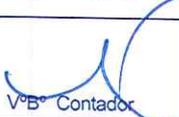
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

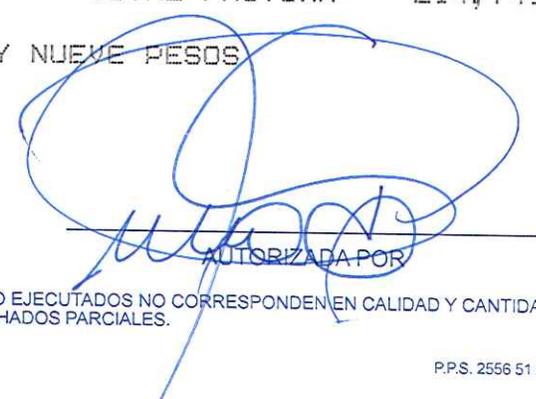
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	180,461
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	180,461
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	34,288
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	214,749

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Neto 143 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 02-09-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 2  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO GEL	726.00	7,260
5	CLORO X 5 LTS		6,025
20	BOLSA BASURA 80X120	1,205.00	15,100
20	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	755.00	8,100
2	BASURERO 80 LTS.	405.00	22,968
10	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	11,484.00	62,840
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	6,284.00	18,540
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	1,854.00	12,792
15	PANO AMARILLO	2,132.00	1,950
5	ESPONJA VIRUTEX	130.00	945
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	189.00	23,390
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	2,339.00	5,950
10	LISOFORM AEROSOL	595.00	11,590
		1,159.00	

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	197,450
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	197,450
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	37,516
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	234,966

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
CON : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

	143		
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.

X

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 EN VARITAS COTONITOS X 200 UN	696.00	1,392
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,404
6	PANO MULTIUSO GRANDE	278.00	1,668
3	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,947
2	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	6,188.00	12,376
4	INSECTICIDA RAID	2,113.00	8,452
2	DISPENSADOR TOALLA C/PALANCA PISAMATIC T1200/T 1100	22,000.00	44,000
2	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,980.00	11,960
2	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,463.00	10,926
2	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	2,364

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	96,489
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,489
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	18,333
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,822

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	<i>Renzo 143</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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

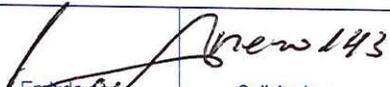
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,284.00	31,420
1	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	2,700
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,680.00	9,680

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,800
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,800
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,322
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,122

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

*5-9/1*

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	1,656.00	19,872
12	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	438.00	5,256
1	SHAMPOO ALFOMBRA X 5 LTS	1,012.00	1,012
12	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	1,764
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,365.00	1,365
10	MOPA FIBRA 16	1,740.00	17,400
1	LIMPIADOR DE ALFOMBRA LIQUIDO	3,030.00	3,030
10	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	6,490
10	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	619.00	6,190
10	CIF CREMA X 750 CC	680.00	6,800
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	70,361
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,361
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	13,369
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,730

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>143</i> Solicitado por	<i>[Signature]</i> V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
-----------------------------------	------------------------------	--	-------------------------------------

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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.

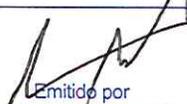
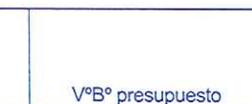
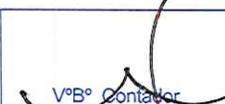
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595.00	4,760
10	LISOFORM AEROSOL	1,159.00	11,590
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218.00	4,436
1	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	2,700
16	COLOR GEL	726.00	11,616
8	COLOR X 5 LTS	1,205.00	9,640
3	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,132.00	9,396

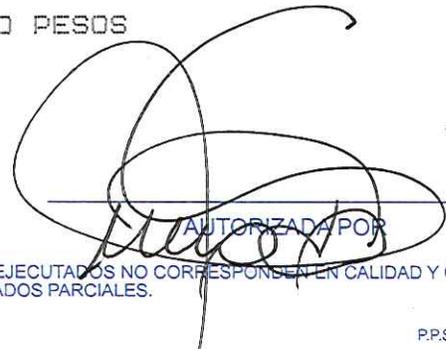
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	54,138
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,138
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	10,286
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,424

SON : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHI LIPS	1,906	11,436
15	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182	17,730
2	ALGODON EN VARITAS COTONITOS X 200 UN	696	1,392
4	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,290	9,160
3	PAPEL ALUMINIO	783	2,349
3	MOPA FIBRA 16	1,740	5,220
2	ISOPO MANGO GRUESO MADERA	2,121	4,242
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. ROJA	273	819
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	273	819
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749	749
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. PRIMAVERAL POE TT	688	6,880
3	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC ROSA FLORES	3,800	11,400
2	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC MAGNOLIA	3,800	7,600
2	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC LAVANDA	3,800	7,600
3	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC CITRICO	3,800	11,400
4	CIF CREMA X 750 CC	680	2,720
1	CARRO PORTAMOPA RUBBERMAID	22,690	22,690
4	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,656	6,624
4	BOLSA BASURA 130X130	2,490	9,960
20	BOLSA BASURA 50X90	381	7,620
20	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	640	12,800
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	2,340
2	PLUMILLA LIMPIA VIDRIOS	2,040	4,080
2	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870	1,740
6	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401	2,406
10	BOLSA BASURA 50X70	194	1,940
2	BOLSA ALMACEN. ZIPLOC C/CIERRE 18X20	1,528	3,056
1	BARREDOR DE AGUA x 37 CM	852	852
2	BARRE HOJAS	2,290	4,580

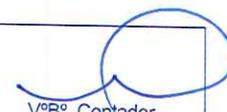
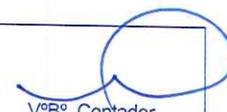
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	182,204
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	182,204
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	34,619
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	216,823

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTITRES PESOS

 Emitido por	<i>ALMO 143</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): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2

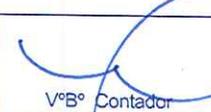
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595	3,570
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	4,436
15	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,159	17,385
6	COLOR GEL	726	4,356
2	COLOR X 5 LTS	1,205	2,410
20	BOLSA BASURA 80X120	755	15,100
3	TDALLA NOVA 4 ROLLOS	1,854	5,562
6	PANO AMARILLO	130	780
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120	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	57,839
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,839
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	10,989
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,828
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS		

 Escrito por	<i>new 143</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775	7,550
2	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	1,190	2,380
1	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	688	688
1	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,159	1,159
1	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MATIC LAVANDA	3,800	3,800
6	PANOS SACO CON OJAL	475	2,850
1	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MATIC CITRICO	3,800	3,800
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	540	2,160
2	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	982	1,964
1	DESODOR/AMB. AIRWICK 250ML MATIC+RPTO CANELA	5,998	5,998
4	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,290	9,160
5	CIF CREMA X 750 CC	680	3,400
5	BOLSA BASURA 120X130	1,556	7,780
4	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	7,800	31,200
6	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	3,894
8	ISOPO PARA W.C. PLASTICO C/RECIPIENTE	489	3,912
1	GUANTES L virutex latex	792	792
12	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,656	19,872
8	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	1,872

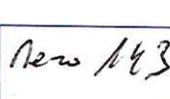
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	114,231
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	114,231
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	21,704
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	135,935

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 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.

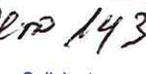
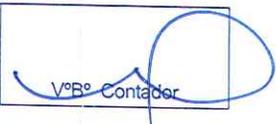
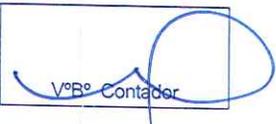
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	ESPONJA P/ LOZA	189	1,512
1	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,120	2,120
12	COLOR X 5 LTS	1,205	14,460
8	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284	50,272
6	BOLSA BASURA 80X110	575	3,450
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675	3,350
8	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405	3,240
5	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595	2,975
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	2,218
5	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,132	10,660
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	2,450
12	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,854	22,248

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	118,955
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	118,955
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	22,601
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,556

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

18-9

FECHA: 02-09-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BALDES X 10 LTS		
5	AMPOLLETA 40 WATT	1,130	3,390
1	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	175	875
1	MANTENEDOR PISO X LTS ENVASE 5 LTS	1,190	1,190
2	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + REPUESTO LAVANDA	6,660	6,660
		6,260	12,520
1	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK		
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	688	688
1	GUANTES L virutex latex	649	649
2	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	792	792
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	3,775	7,550
24	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	564	5,640
12	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	22	528
24	VASOS PLASTICOS 300 CC.	466	5,592
20	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	16	384
6	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	234	4,680
6	PANOS COCINA	640	3,840
1	PAPEL ALUMINIO	424	2,544
		783	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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	58,305
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,305
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	11,078
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,383

MONTO : SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	<i>Nemo 143</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2

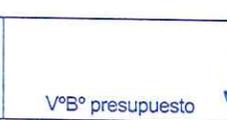
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLORO X 5 LTS	1,205	2,410
1	LISOFORM AEROSOL	1,159	1,159
1	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,132	2,132
5	CLORO GEL	726	3,630
2	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	4,900
1	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	650	650
10	PANO AMARILLO	130	1,300
10	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284	62,840

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	79,021
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	79,021
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	15,014
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	94,035
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y CUATRO MIL 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.

072664

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): JORGE CARMONA TERROBA 074120105

Dirección: JUAN BAUTISTA SOLARI 3404

Teléfono: 8238774

At.: Sr.: JORGE CARMONA  
 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.

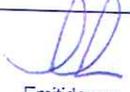
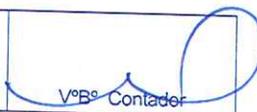
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARPA 9 X 9 METROS, MAS CIERRES LATERALES DE QUINCHO DE 8 X 6 METROS, CON TECHO Y PISO ALFOMBRADO CON PASTO SINTETICO COLOR VERDE	400,000.00	400,000

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

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

CUENTA : 425118 OTROS ARRIENDOS  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS

VALOR NETO 400,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 400,000  
 IVA 76,000  
 TOTAL FACTURA 476,000

 Emitido por	<i>Según email.-</i> Solicitado por	VºBº presupuesto	 VºBº 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): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 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
6	FRESA FG 847 - Ø12		
6	FRESA FG 847 - Ø16	1,500.0	9,000
6	FRESA A/V BALON GRANO FINO N° 18 (368-MDT)	1,500.0	9,000
6	FRESA A/V BALON GRANO FINO N° 23 (368-MDT)	1,500.0	9,000
6	FRESA A/V BARRIL	1,500.0	9,000
		1,500.0	9,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

VALOR NETO 45,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 45,000  
 IVA 8,550  
 TOTAL FACTURA 53,550

	129		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* 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.

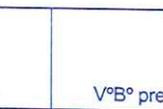
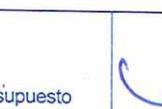
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GALLETA ALTEZA FRUTILLA 140 MG	579.83	5,798
20	GALLETA COCO 135 GR	310.92	6,218

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

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	12,017
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	12,017
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,283
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,300

SON : CATORCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VIADIL SIMPLE 5 MG./1ML. CAJA x 100 AMP.	41,400.0	165,600

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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 : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 165,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 165,600  
 IVA 31,464  
 TOTAL FACTURA 197,064

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

	1495		
Entidad por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 149514 de Fecha 02-09-2014 **\*\* Despachar factura 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	CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100		
1	DIAZEPAM 10 MG/2ML cjx100	6,700.0	6,700
1	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	9,900.0	9,900
20	ODASENTRON 4 MG. CAJA x 10 AMPOLLAS	5,700.0	5,700
12	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cjx20	4,030.0	80,600
9	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	5,360.0	64,320
1	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	5,940.0	53,460
		6,260.0	6,260

**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 : 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 226,940  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 226,940  
IVA 43,119  
TOTAL FACTURA 270,059

SON : DOSCIENTOS SETENTA MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Emisor 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): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,500.0	8,500
4	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJ x 100 AMP.	6,800.0	27,200
7	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	42,000
1	FUROSEMIDA 20 MG 1ML. CJX100	6,200.0	6,200
1	GENTAMICINA 80MG/2ML cjx100	10,000.0	10,000
5	HIDROCORTISONA 100 MG.X50	23,000.0	115,000
12	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML cjx100	6,000.0	72,000
1	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,200.0	6,200
2	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,000.0	10,000
7	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.0	203,000
1	RANITIDINA 50 MG /2 ML cjx100	5,800.0	5,800

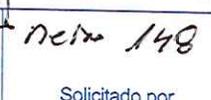
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR. A.ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 505,900  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 505,900  
IVA 96,121  
TOTAL FACTURA 602,021

SON : SEISCIENTOS DOS MIL VEINTIUN PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 149514 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

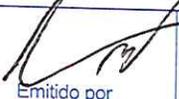
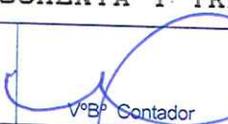
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100		
4	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cjX20	4,300.0	17,200
4	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cjx20	5,720.0	22,880
4	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	5,360.0	21,440
		5,940.0	23,760

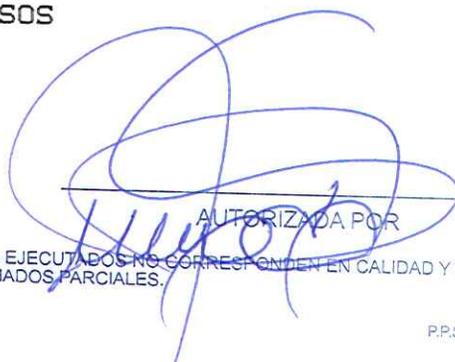
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	85,280
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,280
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,203
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,483

SON : CIENTO UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	Neto 148 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

AUTORIZADA POR  


OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 09  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	6,800.0	27,200

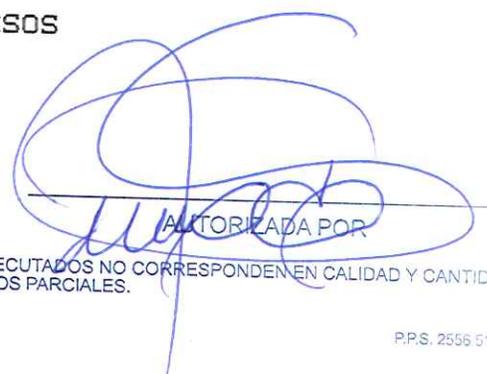
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 27,200  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 27,200  
 IVA 5,168  
 TOTAL FACTURA 32,368

 Emitido por	Herrero 148 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es) LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°149514

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

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

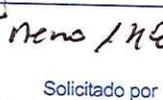
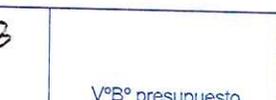
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	5,360.0	26,800
4	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	5,940.0	23,760
1	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,140.0	6,140

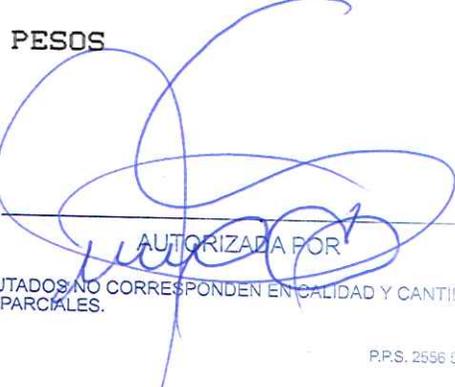
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	56,700
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,773
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,473

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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 BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJ x 100 AMP.	6,800.0	204,000
1	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,000.0	5,000

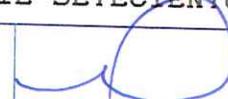
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

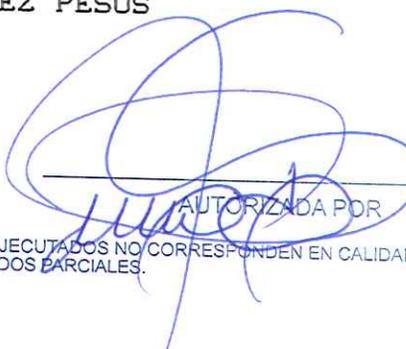
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
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 209,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 209,000  
IVA 39,710  
TOTAL FACTURA 248,710

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS

 Emitido por	Rece 148 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

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

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

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

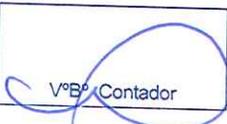
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BERODUAL P/NEBULIZACION (SOLUCUION 20 ML.)	6,510.0	130,200

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	130,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	130,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	24,738
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	154,938

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): BIOTECNOLOGIA MEDICA Y DE INGENIERIA LTDA. 767213107

Dirección: SIMON BOLIVAR 3792

Teléfono:

At.: Sr. DANIEL PINET  
 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	EXTRACTORES DE LECHE MANUAL	38,900.0	77,800
26	PEZONERA DE SILICONA	5,027.7	130,721
16	FORMADOR DE PEZON	6,989.9	111,839

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

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

CUENTA : 424196	CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	320,360
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	320,360
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	60,868
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	381,228

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

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

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

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

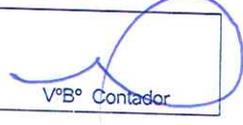
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CLORHEXIDINA 0,12% x 120 ML. CAJA x 48 FCOS.	87,360.0	87,360

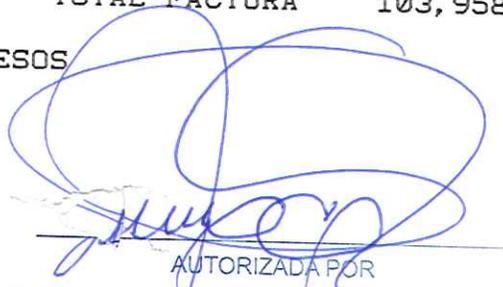
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	87,360
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	87,360
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,598
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	103,958

SON : CIENTO TRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO 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.

*[Handwritten signature]*

FECHA: 04-09-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	GALLETA COCO 135 G	310.92	6,218
10	GALETA ALTEZA FRUTILLA 140 G	579.83	5,798
10	GALLETA KUKY CHOCOLATE 120 G	411.76	4,118
10	GALLETA TRITON VAINILLA 126 G	285.71	2,857

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

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	18,991
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	18,991
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	3,608
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,599

CON : VEINTIDOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

*[Large handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 04-09-2014

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.

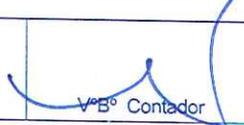
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VAN PARA 12 PAX - TRASLADO DESDE NUESTRA SRA D EL ROSARIO Y COL SANTAN MARIA DE LAS CONDES A PLAZA DE ARMAS DE LA PINTANA A LAS 07:50 HRS Y REGRESO A LAS 14:00 HS EL DIA VIERNES 12.09.14	100,000.00	100,000

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

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

CUENTA : 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	100,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 100,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 100,000

BON : CIENTO MIL PESOS

	Numero 800	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072648

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

At.: Sr.: ALEJANDRA MUÑOZ

**\*\* 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.

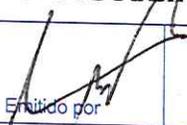
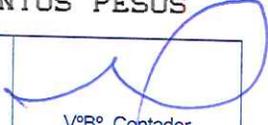
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	WELLBUTRIN SR 150 MG. x 60 COMP. REC.	6,000.0	180,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 180,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 180,000  
 IVA 34,200  
 TOTAL FACTURA 214,200

			
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): PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°09

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

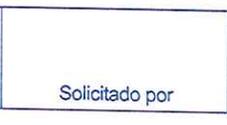
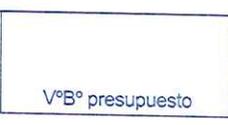
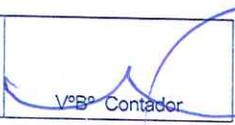
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25	12,219.0	85,533

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	85,533
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,533
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,251
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,784

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

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

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
31	BERODUAL P/NEBULIZACION	6,510.0	201,810

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

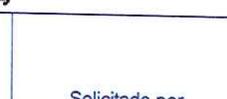
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

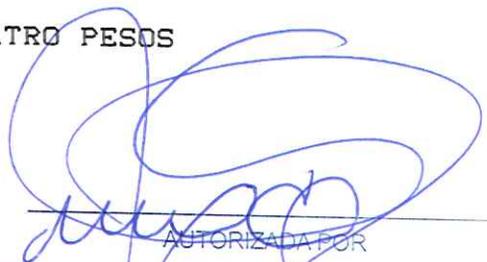
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR. A.ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 201,810  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 201,810  
 IVA 38,344  
 TOTAL FACTURA 240,154

SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es):CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección:FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CAPTOPRIL 25 MG.	750.0	7,500

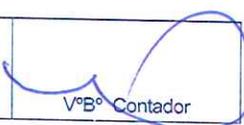
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 7,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 7,500  
 IVA 1,425  
 TOTAL FACTURA 8,925

SON : OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,500.0	37,500

**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	37,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,125
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,625

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 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
133	CITALOPRAM 20 MG. POR 30 COMP.	14,000.0	1,862,000

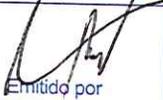
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

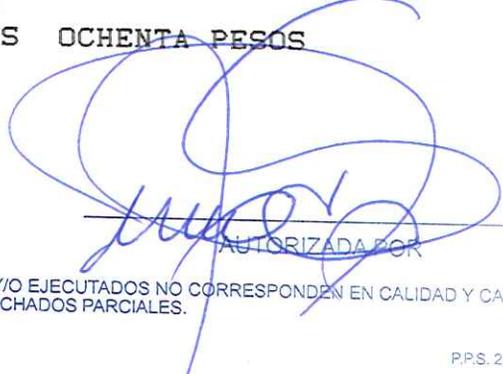
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,862,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,862,000  
 IVA 353,780  
 TOTAL FACTURA 2,215,780

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es)SOCOFAR 915750001

Dirección:AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N°1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SERTRALINA 50 MG POR 30	345.0	8,280
18	BROMAZEPAM 3,0 MG CJX30	306.0	5,508
31	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	322.0	9,982

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 23,770  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 23,770  
 IVA 4,516  
 TOTAL FACTURA 28,286

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
242	PAROXETINA 20 MG.	1,500.0	363,000
82	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.0	319,800

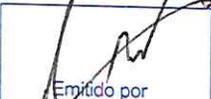
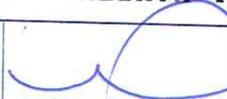
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	682,800
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	682,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	129,732
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	812,532

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTA S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

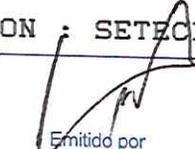
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	47,945.0	239,725
25	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	16,438.0	410,950

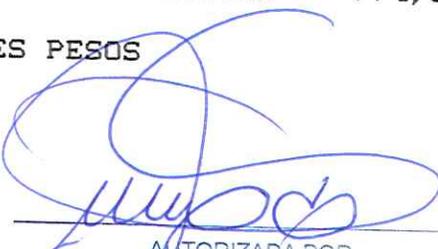
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	650,675
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	650,675
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	123,628
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	774,303

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 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 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.0	24,800
140	TRITICO 100 MG	8,000.0	1,120,000
123	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	180.0	22,140
1	DIAZEPAM 10 MG X 1000	10,000.0	10,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,176,940
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,176,940
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	223,619
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,400,559

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA 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): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3430

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIORIDAZINA 25 MG. CJX30	910.0	3,640

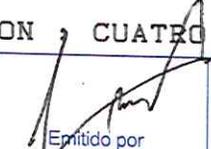
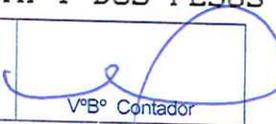
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 3,640  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 3,640  
 IVA 692  
 TOTAL FACTURA 4,332

SON CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
66	CARBORON x 50 COMP. (CARBOLIT)	5,500.0	363,000
2	RISPERIDONA ( SPIRON ) 1MG. CAJA x 1000 COMP.	51,000.0	102,000
X 164	QUETIAPINA 100 MG x 100 COMP.	12,400.0	2,033,600

**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 : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 2,498,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,498,600  
 IVA 474,734  
 TOTAL FACTURA 2,973,334

SON : DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y -  
 CUATRO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): INTERPHARMA S.A. 995431904

Dirección: CAMINO A MELIPILLA 6873 -C

Teléfono: 5571240

At.: Sr. MIGUEL GIRALDA  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLARITROMICINA 500 MG MUS X 14	2,800.0	201,600

**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  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 201,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 201,600  
 IVA 38,304  
 TOTAL FACTURA 239,904

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
309	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	818,850

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	818,850
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	818,850
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	155,582
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	974,432

SON : NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	14,000.0	42,000
6	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25	10,750.0	64,500

**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	106,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	106,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,235
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,735

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO VEINTISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es) LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 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
38	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	4,000.0	152,000
9	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,000.0	45,000
3	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	26,400
73	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	350,400
30	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	735,800
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	735,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	139,802
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	875,602

SON : OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Cortador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

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 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
95	METFORMINA 850 MG por 1000	8,600.0	817,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	817,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	817,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	155,230
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	972,230

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS 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 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,500.0	12,500
4	AMITRIPTILINA 25 MG por 500	4,900.0	19,600

**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  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 32,100  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 32,100  
 IVA 6,099  
 TOTAL FACTURA 38,199

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LOMEX 20 MG. (OMEPRAZOL) x 35 CAPSULAS	7,300.0	73,000
333	AMOXICILINA 500 MG por 21 AMOVAL	3,500.0	1,165,500

**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	1,238,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,238,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	235,315
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,473,815
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS		

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
166	CITALOPRAM 20 MG. POR 30 COMP.	14,000.0	2,324,000

**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 APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,324,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,324,000  
 IVA 441,560  
 TOTAL FACTURA 2,765,560

SON : DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 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
163	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,390.0	1,530,570
4	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	6,310.0	25,240
2,267	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	605.0	1,371,535

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,927,345
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,927,345
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	556,196
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,483,541

SON : TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS 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.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
582	SERTRALINA 50 MG POR 30	345.0	200,790

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	200,790
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,790
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	38,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,940

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es):SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.:JOANA RAVERA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 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	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	256.0	3,072
23	VASELINA LIQ. por 125ml	314.0	7,222
130	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 20 COMP.	864.0	112,320
240	JABON GERM TRICLOSAM 1%	453.0	108,720

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	231,334
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	231,334
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	43,953
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	275,287

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 04-09-2014

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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	PAROXETINA 20 MG. x 30 COMP.	1,500.0	750,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	750,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	750,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	142,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	892,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MACROSAN 100 MG POR 50	4,500.0	162,000
30	AC. FOLICO 1 MG POR 30	600.0	18,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	180,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	180,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	214,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.0	88,700

**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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	88,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,853
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	105,553

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : CIENTO CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.0	24,600

**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	24,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	4,674
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
617	LEVOTIROXINA 100 MG x 100 CM. (EUTIROX)	1,300.0	802,100

**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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	802,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	802,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	152,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	954,499

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
207	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	97,704

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	97,704
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,704
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,564
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,268

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

*[Handwritten signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
151	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.0	82,295

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	82,295
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,295
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,636
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,931

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS TREINTA 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: 04-09-2014

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTTE S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N|| 695

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ATENOLOL 100 MG por 1000	19,800.0	19,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	19,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : VEINTITRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTE S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	7,200.0	14,400
88	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	274.0	24,112

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

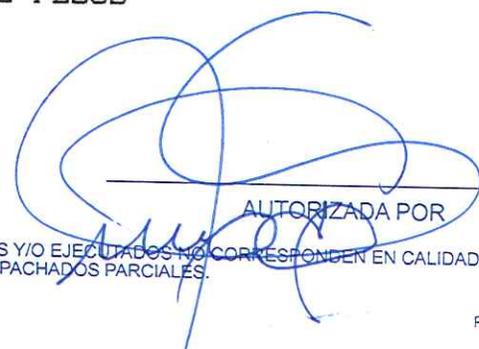
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	38,512
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,512
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,317
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,829
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
PERSON : CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS 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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 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
297	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	870.0	258,390
6	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	17,500.0	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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	363,390
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	363,390
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	69,044
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	432,434

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

5-9

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 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	12,000.0	48,000
4	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.0	22,000
122	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.0	719,800
383	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,100.0	421,300
12	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	920.0	11,040

**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	1,222,140
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,222,140
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	232,207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,454,347

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y - SIETE 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): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO, 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3430

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000		
11	PROPANOLOL 10 MG por 1000	9,321.0	74,568
1,000	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 100	3,504.0	38,544
676	ATORVASTATINA 10 MG por 30	1,033.0	1,033,000
		336.0	227,136

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,373,248
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,373,248
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	260,917
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,634,165

SON : UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CINCO - PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 3430  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	LORATADINA 10 MG POR 1000		
100	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 1	7,094.0	92,222
102	AC. FOLICO 5 MG por 30	261.0	26,100
		700.0	71,400

**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 factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	189,722
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	189,722
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	36,047
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	225,769

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): SERCOFAR S. A. 766307507

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	POLIVITAMINICO por 1000	17,000.0	136,000
67	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	7,500.0	502,500

**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	638,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	638,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	121,315
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	759,815

SON : SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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.

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
19	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	7,890.0	149,910

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	149,910
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	149,910
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	28,483
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	178,393

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR  


OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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 per 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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS

DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 46,800

DESCUENTO 0.0 0

SUB-TOTAL 46,800

IVA 8,892

TOTAL FACTURA 55,692

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 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	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	12,500.0	12,500
85	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,300.0	195,500

**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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	208,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	208,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	39,520
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	247,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 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
185	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,500.0	832,500
6	IBUPROFENO 400 MG por 1000	11,000.0	66,000
3	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.0	6,900
8	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	10,000.0	80,000
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,250.0	12,500
2	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO INF. CJX50	6,000.0	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,009,900
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,009,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	191,881
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,201,781

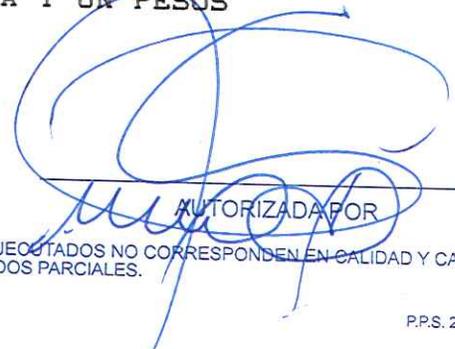
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : UN MILLON DOSCIENTOS UN MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

AUTORIZADA POR 

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): SALCOBRAND S. A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
23	VASELINA SOLIDA 30gr	420.0	9,660
140	CREMA LUBRICANTE	450.0	63,000
140	CREMA HIDRATANTE	490.0	68,600

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	141,260
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,260
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,839
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,099

SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

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 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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	CLARITROMICINA 500 MG MUS X 14	2,800.0	70,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	70,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,300

SON : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS

 Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------	------------------	---------------

 AUTORIZADA POR

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): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
646	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	1,711,900

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,711,900  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,711,900  
 IVA 325,261  
 TOTAL FACTURA 2,037,161

MONTO : DOS MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

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 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMITRIPTILINA 25 MG por 500	4,900.0	39,200
1	CEFADROXILO JARABE 250MG/5ml/100ml frascos	24,000.0	24,000
4	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,500.0	50,000
41	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	4,000.0	164,000
8	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	14,000.0	112,000
16	CLARITROMICINA 500 MG por 100	11,900.0	190,400
6	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	52,800
46	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	220,800
30	KILNITS SHMP 1% 60 ML	1,700.0	51,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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 904,200  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 904,200  
IVA 171,798  
TOTAL FACTURA 1,075,998

SON UN MILLON SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

Emtido por Solicitado por V°B° presupuesto V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

AUTORIZADA POR

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

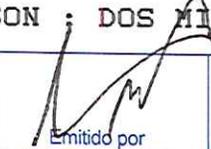
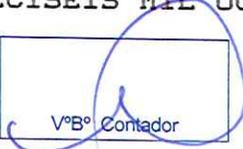
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
476	AMOXICILINA 500 MG por 21COMP. AMOVAL	3,500.0	1,666,000
50	LOMEX 20 MG. (OMEPRAZOL) x 35 CAPSULAS	7,300.0	365,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,031,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,031,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	385,890
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,416,890

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA 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): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
98	OFTABIOTICO COLIRIO	2,300.0	225,400
57	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,300.0	131,100

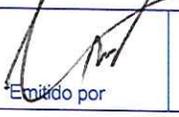
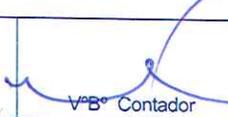
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	356,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	356,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	67,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	424,235

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

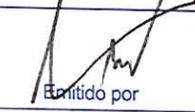
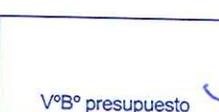
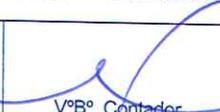
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
515	SERTRALINA 50 MG POR 30	345.0	177,675

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	177,675
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	177,675
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	33,758
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	211,433

SON DOSCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES 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.

Señor(es):SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.:JOANA RAVERA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 200	26,829.0	295,119
5	VASELINA SALICILADA 5%	543.0	2,715
25	VASELINA AZUFRADA 6%	537.0	13,425
50	ALLOPURINOL 300 MG.20 COMP.	383.0	19,150
10	ANTIESPASMODICO AD. CJX100 por 100	1,423.0	14,230
25	NITROFURANTOINA 60 ML jarabe POR 25	1,885.0	47,125
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	39,318.0	39,318
45	OMEPRAZOL 20MG.30CA.	322.0	14,490
920	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	326.0	299,920
2	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	19,207.0	38,414
4	DIFENIDOL 25 MG. (VONTROL) x 50	10,569.0	42,276
4	CLOXACILINA 500 MG/CJX1000	20,851.0	83,404
474	JABON GERM TRICLOSAM 1%	453.0	214,722
4	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	6,310.0	25,240

**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

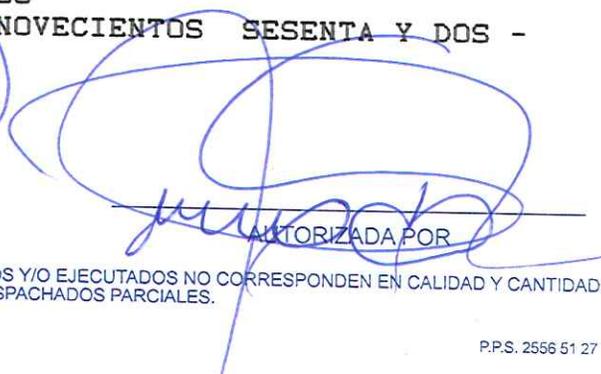
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,149,548
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,149,548
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	218,414
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,367,962

SON : UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS - PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
138	PAROXETINA 20 MG. CAJA x 30 COMP.	1,500.0	207,000
30	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.0	450,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 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 657,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 657,000  
IVA 124,830  
TOTAL FACTURA 781,830

SON : SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S. A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

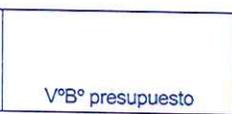
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PREDNISONA JARABE 20 MG/5 ML.	22,000.0	22,000
3	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.0	133,050

**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	155,050
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,050
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,510

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIEZ 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: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.0	32,800
2	FERRIGOT por 25	12,860.0	25,720

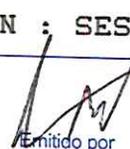
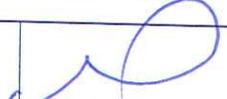
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 58,520  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 58,520  
IVA 11,119  
TOTAL FACTURA 69,639

SON : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
237	EUTIROX 100 MG. X 100 COMP.	1,300.0	308,100
144	METFORMINA 850 MG por 500 GLAFORNIL	7,500.0	1,080,000

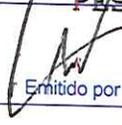
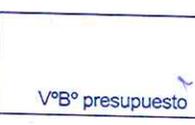
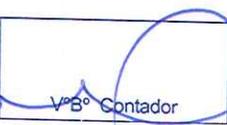
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

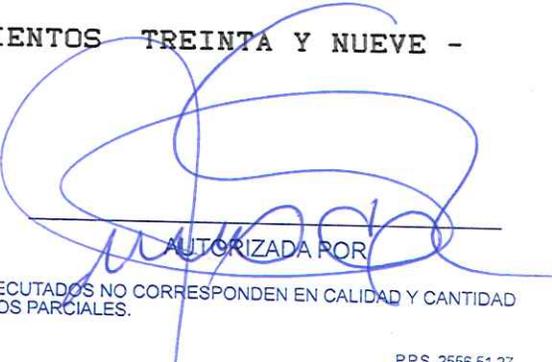
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,388,100  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,388,100  
IVA 263,739  
TOTAL FACTURA 1,651,839

SON : UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE - PESOS

Emitido por  Solicitado por  V°B° presupuesto  V°B° Contador 

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072594

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
855	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.0	465,975
500	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	236,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 701,975  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 701,975  
 IVA 133,375  
 TOTAL FACTURA 835,350

MONTO : OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

Emitido por  Solicitado por \_\_\_\_\_ V°B° presupuesto \_\_\_\_\_ V°B° Contador 

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTTE S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N|| 695

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

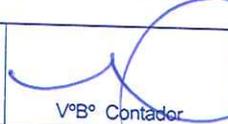
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	7,200.0	21,600

**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 : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTICINCO MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS

VALOR NETO 21,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 21,600  
 IVA 4,104  
 TOTAL FACTURA 25,704

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
164	CITALOPRAM 40 MG. POR 30		
1	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	5,900.0	967,600
77	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	13,000.0	13,000
1	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	920.0	70,840
764	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	12,000.0	12,000
1	DISULFIRAM 500 MG por 1000	180.0	137,520
2	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	60,000.0	60,000
262	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	13,000.0	26,000
		870.0	227,940

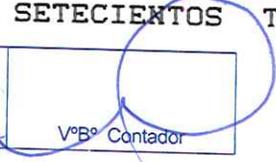
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

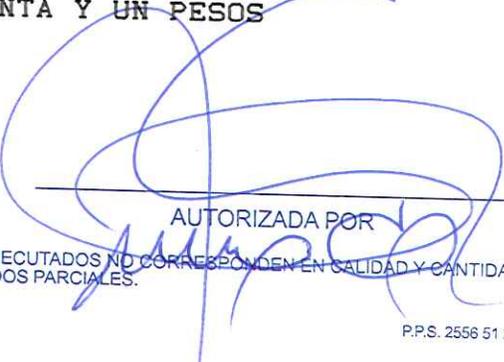
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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 1,514,900  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,514,900  
 IVA 287,831  
 TOTAL FACTURA 1,802,731

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR  


OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 3430

y/o ejecutar, 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	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	6,237.0	31,185
17	NISTATINA 100.000 UI por 12 OV	1,126.0	19,142
5	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,504.0	17,520
2	POLIVITAMINICO JBE por 25	18,900.0	37,800
2	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,094.0	14,188
250	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 1	261.0	65,250

**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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	185,085
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	185,085
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,166
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	220,251

SON : DOSCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

Entregado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---------------	----------------	------------------	---------------

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-09-2014

Señor(es): SERCOFAR S. A. 766307507

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	7,500.0	300,000
3	POLIVITAMINICO por 1000	17,000.0	51,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

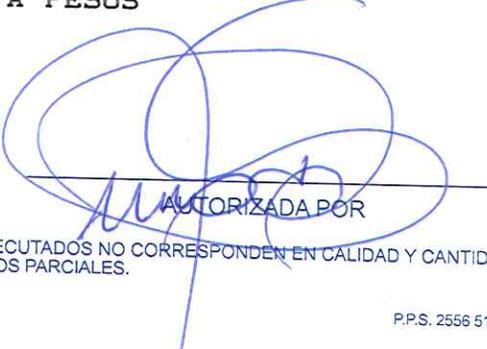
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 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 351,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 351,000  
IVA 66,690  
TOTAL FACTURA 417,690

SON : CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
	V°B° presupuesto
	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 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	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	12,500.0	12,500
15	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.0	34,500
5	CEFADROXILO 500 MG por 100	4,700.0	23,500
4	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,250.0	25,000
1	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO INF. CJX50	6,000.0	6,000
150	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,500.0	675,000
2	CIPROFLOXACINO 500 MG por 600	15,000.0	30,000
12	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	10,000.0	120,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

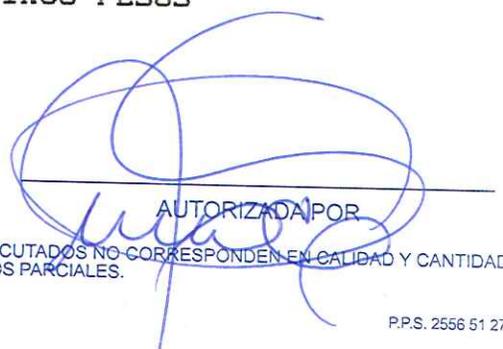
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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 926,500  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 926,500  
IVA 176,035  
TOTAL FACTURA 1,102,535

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : UN MILLON CIENTO DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

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.

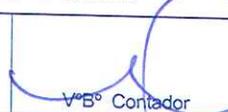
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	SERVICIO PARA 10 PERSONAS	6,000.00	60,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	60,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	60,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	11,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS

 Emitido por	176 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL SUNRISE LTDA. 761393782

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono: 27323026

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

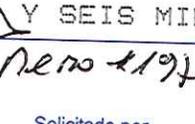
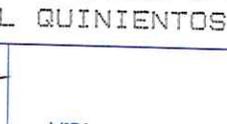
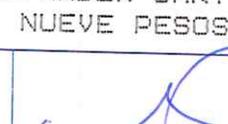
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	POLERA PIQUET MANGA CORTA	3,100.00	3,100
1	CAMISA OXFORD TALLA M - 50	4,200.00	4,200
1	PANTALON GAVARDINA TALLA 50 O M	5,400.00	5,400
1	ZAPATO SEGURIDAD TALLA N° 41	12,990.00	12,990
1	OVEROL <b>1M 1L</b>	4,990.00	4,990

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS

VALOR NETO 30,680  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 30,680  
 IVA 5,829  
 TOTAL FACTURA 36,509

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL SUNRISE LTDA. 761393782

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono: 27323026

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura, en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

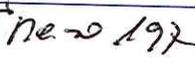
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	POLERAS PIQUET MANGA CORTA TALLAS 1 M 1 L	3,100.00	6,200
2	CAMISAS OXFORD MANGA LARGA TALLAS M Y L	4,200.00	8,400
2	PANTALON GAVARDINA ELASTICO TALLAS 46 Y 50	5,400.00	10,800
2	ZAPATO SEGURIDAD TRADICIONAL N° 40 Y 42	12,990.00	25,980
2	OVEROL GAVARDINA <b>1 M 1 L</b>	4,990.00	9,980

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	61,360
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,360
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,658
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,018

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTON : SETENTA Y TRES MIL DIECIOCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	5,640.00	5,640

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	5,640
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,640
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,072
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,712
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SEIS MIL SETECIENTOS DOCE PESOS

	143		
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: 03-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

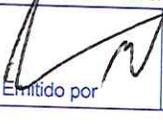
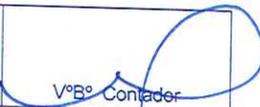
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	34,900

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	34,900
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,900
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORD 1651	IVA	6,631
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,531

SON : CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emitido por	<i>NE no 143</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TDALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	55,840

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	55,840
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,840
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	10,610
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	66,450

SON : SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>Nero 143</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------	-------------------------------------

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	13,960
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	5,640.00	11,280

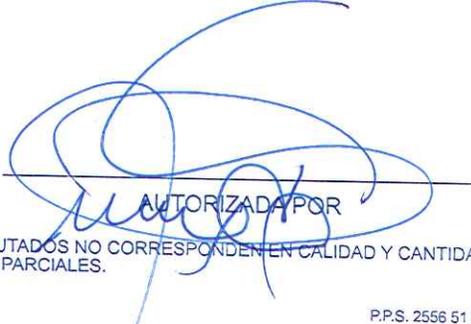
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	25,240
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,240
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,796
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,036
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	new 143 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	15,514

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	15,514
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,514
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,948
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,462
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DIECIDCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS		

 Emjido por	121103 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-----------------------	------------------	---------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072576

FECHA: 03-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

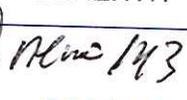
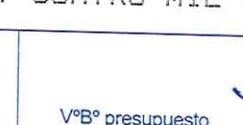
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	155,140

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	155,140
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,140
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	29,477
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,617
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR 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°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	BETAMETASONA UNGUENTO x 25 POMOS	7,000.0	42,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

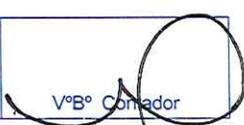
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

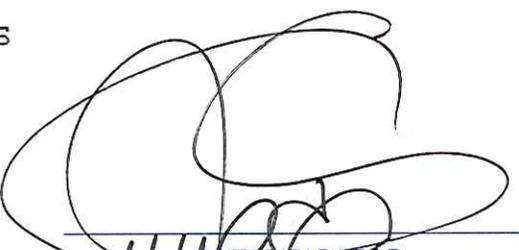
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	42,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	42,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,980
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,980

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Comador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	BETAMETASONA UNGUENTO x 25 POMOS	7,000.0	28,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

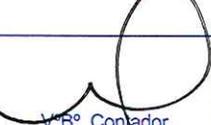
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	28,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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 sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

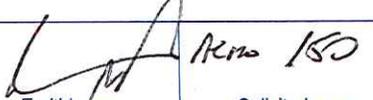
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	GLIBENCLAMIDA 5 MG. CAJA x 1000 COMP.	4,200.0	37,800

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -			
CUENTA	: 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	37,800
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	37,800
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	7,182
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,982

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-09-2014

Señor(es) WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	AMOXOCILINA 500 MG. CAJA x 600 CPS.	11,400.0	68,400

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	68,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	68,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,996
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,396

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	1720 151 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): SOCIEDAD COMERCIAL ELECTROVENTAS LTDA 763175901

Dirección: ELIODORO YANEZ 1184

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.

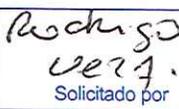
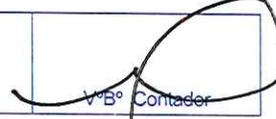
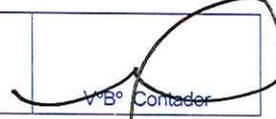
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CAMARA IP 0.3 MPX PNA/TILT BLANCA WIFI COMPATIBLE CON TARJETA TF	28,403.36	28,403

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431106 EQ. E INST.AUDIOVISUAL	VALOR NETO	28,403
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,403
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,397
FORMA DE PAGO : CHEQUE AL DIA	TOTAL FACTURA	33,800

SON : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO 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
547	QUETIAPINA 100 MG. CAJA x 30 COMP.	4,200.0	2,297,400

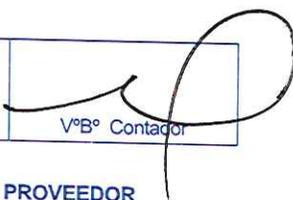
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,297,400
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,297,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	436,506
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,733,906

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-09-2014

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
400	NECTAR VIVO SABOR PINA 190 ML	352.94	141,176
60	CEREAL NUTRI UP FRUTOS ROJOS 20 UND	1,336.13	80,168

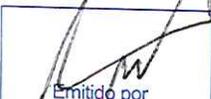
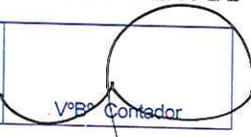
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	221,344
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	221,344
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	42,055
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	263,399

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Aerno 725</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	------------------	--

  
 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-09-2014

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
477	JUGO NATURAL 200 CC YUZ DURAZNO TETRA	169.00	80,613
19	CEREAL BARRA COSTA CHOCOLATE X 20 UDS	1,779.00	33,801

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	114,414
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	DESCUENTO 0.0 0
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	SUB-TOTAL 114,414
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	IVA 21,739
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA 136,153

SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WARMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

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	TARJETAS \$ 380.000	380,000.00	380,000

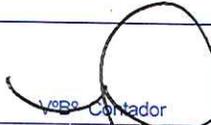
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

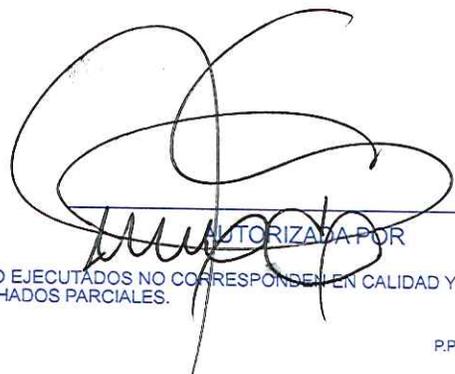
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	380,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	380,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	380,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS

 Emitido por	<i>new 205</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

Teléfono:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

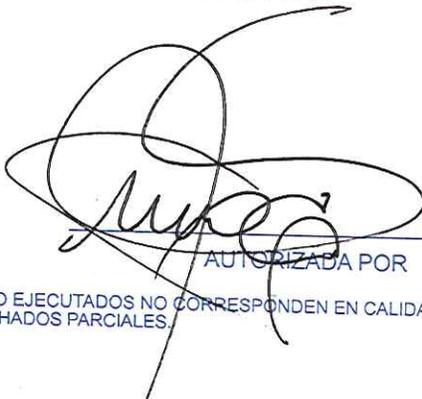
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA PANQUEQUE PINA	28,571.43	28,571

**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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	28,571
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,571
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,429
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : TREINTA Y CUATRO MIL PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Costador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

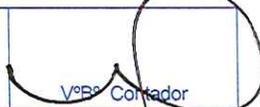
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	EMPANADAS DE PINO	966.39	28,992

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	28,992
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,992
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	5,508
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,500

SON : TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

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.

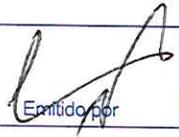
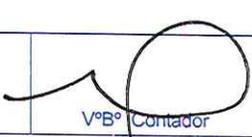
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	EMPANADAS DE PINO	966.39	38,656

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	38,656
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	38,656
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,345
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,001
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUARENTA Y SEIS MIL PESOS

		V°B° presupuesto	
Emittido 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): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

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.

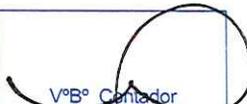
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
316	EMPANADAS DE PIND	966.39	305,379

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	305,379
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	305,379
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	58,022
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	363,401

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

072705

08-09-2014

FECHA:

Señor(es): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

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
474	EMSPANADAS DE PINO	966.39	458,069

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	458,069
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	458,069
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	87,033
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	545,102

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO UN PESOS

Empido 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) MEGAMED CHILE LTDA. 760329800

Dirección: SAN IGNACIO N° 2629

Teléfono:

At.: Sr. CLAUDIA ROJAS PALMA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

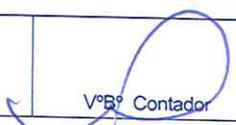
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	ESCABEL ESMALTADO 2 PELDANOS (COD. 10093)	13,444.0	147,884

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA 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	147,884
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	147,884
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	28,098
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	175,982
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS 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 SALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ELECTRONICA CASA ROYAL LTDA. 830306005

Dirección: AVDA. B. OHIGGINS 845

Teléfono: 6399047

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	E2442FX MEZCLADOR 16 CANALES	209,664.00	209,664
1	FBQ-1502 ECUALIZADOR	71,420.00	71,420
2	MICROFONO SHURE PG-48XLR	25,202.00	50,404
2	CABLE 20WG 9MT MB-230 XLR M/XLR F	6,714.00	13,428
3	3.5ST X 2RCA M 3MT SP-7113	1,252.00	3,756
2	PEDESTAL C/BOOM JYD-035B NEGRO	11,681.00	23,362
4	CABLE 20AWG 3MT XLR M/XLR F	3,689.00	14,756

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	386,790
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	386,790
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	73,490
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	460,280

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS

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): 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.

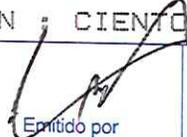
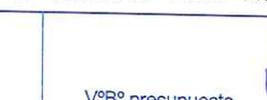
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	SERVICIO DE COFFEE BREAK TE O CAFE, JUGO, GALLETAS, TAPADITOS Y PASTELITOS - 10/09/14 A LAS 15:00 HS	4,200.00	168,000

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	168,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	168,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	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
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha sirvase despachar

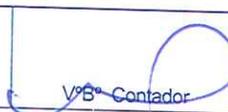
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BUS 14 PAX SPRINTER - DESDE ALACALUFE 9174 AL MUSEO DE QUINTA NORMAL EL 12/09/14 A LAS 10:00 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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424123	EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	65,000
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	65,000
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
BON : SESENTA Y CINCO MIL PESOS		

 Emitido por	<i>Nro 43</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

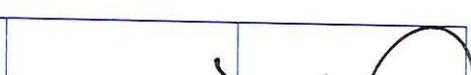
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL ( DETAX )	40,700.0	162,800
3	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	4,080.0	12,240
7	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,900.0	69,300
6	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,900.0	59,400
1	ENDOPEROX KIT SEPTODONT	27,520.0	27,520
1	FRESA 12 CUCHILLOS A/V MAILLEFER	4,810.0	4,810
2	FRESA ALTA VELOCIDAD CONO INVERTIDO DIAMANTE 8 05 - 014	1,030.0	2,060
1	FRESA ALTA VELOCIDAD CONO INVERTIDO DIAMANTE 8 05 - 016	1,030.0	1,030
7	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - 023	1,330.0	9,310
1	FRESA BAJA VELOCIDAD LLAMA EXTRALARGA DIAMANTE 862-014	1,450.0	1,450
1	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,030.0	1,030
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA DE BORDE HM 41 - 023	910.0	2,730
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	3,090
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	3,090
3	FRESA QUIRURGICA TRONCO CONICA N° 10	2,200.0	6,600
3	FRESA A/V DIAMANTE TRONCO CONICA N° 16	1,450.0	4,350
3	FRESA A/V DIAMANTE TRONCO CONICA N° 18	1,450.0	4,350
1	FRESON PEESO II	6,520.0	6,520
3	FRESON PEESO I	6,520.0	19,560
3	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,500.0	4,500

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	405,740
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	405,740
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	77,091
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	482,831

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 224442

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 04-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,072.0	1,072
10	CAJA PLASTICA PARA ALMACENAR APARATOS DE ENDODONCIA	415.0	4,150
1	HUINCHA LIJA CELULOIDE	315.0	315

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

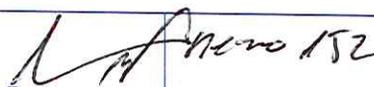
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	5,537
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,537
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,052
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,589

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 04-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 224442

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	JERINGA CARPULE	4,202.0	42,020
1,300	VASO DESECHABLES	9.0	11,700

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	53,720
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,720
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	10,207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,927
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS		

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

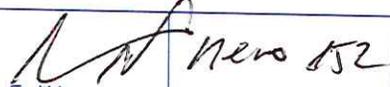
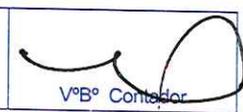
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	6,050
7	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	4,286.0	30,002
1	CEMENTO PARA RESINA CALIBRA DENTSPLY	14,706.0	14,706
7	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	2,521.0	17,647
1	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	1,933.0	1,933
1	CONOS GUTAPERCHA 45 AL 80 ENDOPOINT	1,933.0	1,933
13	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N    5	555.0	7,215
1	FRESA LN ACERO MALLEFER CJ X 6 N    0.6 MM	7,143.0	7,143
3	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,370.0	13,110
3	LIMAS K N    15 en 25 MM.	5,378.0	16,134
9	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.0	8,316
3	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENTSPLY	35,966.0	107,898

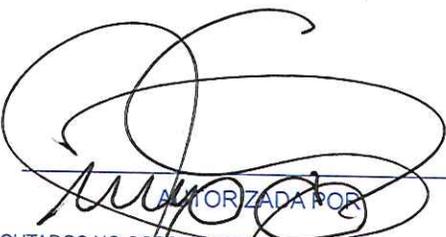
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	232,087
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	232,087
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	44,097
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	276,184

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIENTO 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

072696

11-9

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA  
De acuerdo a su cotización N°1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	4,244.0	21,220
5	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	4,244.0	21,220
1	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	1,513
4	SEDA DENTAL	924.0	3,696
8	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,387.0	51,096
11	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,555.0	72,105
1	SILICONA PESADA COLTENE FRASCO 910 ML.	11,681.0	11,681
7	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.0	47,649
3	VASO DAPPEN VERDE	378.0	1,134
1	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,521.0	12,521
7	ENDO ICE SPRAY HIGENIC	16,639.0	116,473

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	360,308
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	360,308
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	68,459
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	428,767

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE 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.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 21676

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	10,830.0	10,830
2	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	3,200
2	BANDA MATRIZ 0.5	450.0	900
2	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	902
1	CERA AMARILLA PROTESIS ( CAJA )	2,149.0	2,149
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	10,500
4	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	42,000
2	DIENTES MARCHE COLOR 46 - 8	1,500.0	3,000
1	FERMIN	4,230.0	4,230
3	FRESA PARA PROTESIS CON FRESARIO	11,230.0	33,690
2	HIPOCLORITO 5%	1,100.0	2,200
2	PASTA ZINQUENOLICA CAVEX	10,130.0	20,260
1	PELICULA RX ADULTO CJ*150	21,300.0	21,300

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

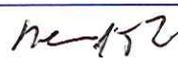
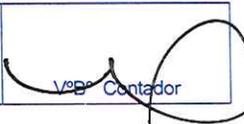
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	155,161
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,161
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	29,481
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,642

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr:  
De acuerdo a su cotización N° 21676  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.0	3,900
8	TORULAS GRANBERRY X 500 UNDS.	2,130.0	17,040
4	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	18,750.0	75,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR  
DESTINO : CASA MARLIT  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO CATORCE MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 95,940  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 95,940  
IVA 18,229  
TOTAL FACTURA 114,169

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	8,900.0	178,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

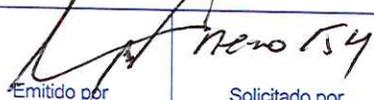
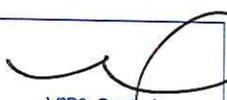
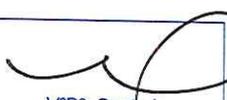
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

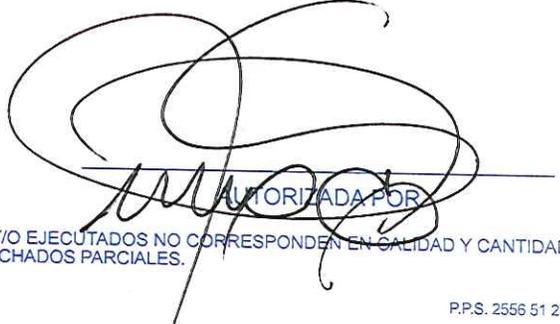
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	178,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	178,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	33,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	211,820

SON : DOSCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA  
 De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LIMAS K 15-40 25 MM	5,378.0	53,780
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,521.0	25,042

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

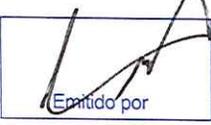
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

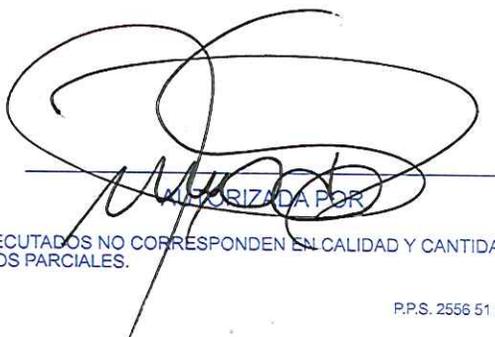
~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	78,822
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,822
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,976
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,798

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Renzo Ky</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	----------------------	--

  
 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	FRESA A/V CILINDRICA CARBIDE N° 14	1,030.0	20,600
5	PIMPOLLO SILICONADO BLANCO	2,900.0	14,500
5	FRESA A/V REDONDA DIAMANTE TALLO LARGO N° 18	1,130.0	5,650

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	40,750
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,750
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,743
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,493
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	Nemo KY Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,900.0	99,000
20	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,900.0	198,000
10	BLOCK MEZCLA DYCAL	510.0	5,100
5	EXTRACTOR PULPAR NEGRO	2,310.0	11,550
15	EXTRACTOR PULPAR BLANCO	2,310.0	34,650
20	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 009	1,030.0	20,600
20	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,030.0	20,600
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	1,030.0	30,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	30,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	30,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 018	1,030.0	30,900
10	FRESA ARKANZAS LLAMA A/V	1,500.0	15,000
30	FRESA ARKANZAS PINO A/V	1,500.0	45,000
10	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	10,300
10	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	10,300
20	FRESA ARKANZAS REDONDA A/V	1,500.0	30,000
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	30,900
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 010	1,130.0	33,900
40	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	1,130.0	45,200
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	1,130.0	22,600
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	1,130.0	33,900
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,130.0	22,600
20	FRESA A/V CILINDRICA CARBIDE N° 12	1,030.0	20,600

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

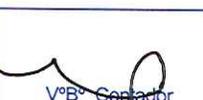
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

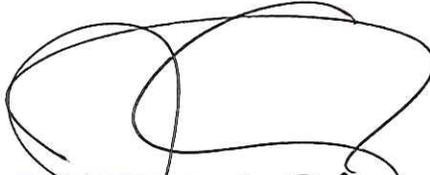
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	833,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	833,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	158,346
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	991,746

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

			
Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

At.: Sr.: 224442

Teléfono: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
04-09-2014

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,072.0	21,440
2	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,900.0	11,800
12	ELEVADOR FINO	1,200.0	14,400
5	ELEVADOR MEDIANO	1,200.0	6,000
15	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,225.0	18,375
2,000	VASO DESECHABLES	9.0	18,000

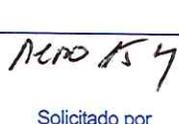
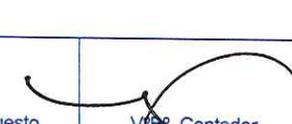
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	90,015
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	90,015
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	17,103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	107,118

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO SIETE MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS

		
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.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA  
De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	30,250
5	AGUJA LARGA CJ/100	3,025.0	15,125
10	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	6,387.0	63,870
5	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	6,387.0	31,935
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	2,521.0	25,210
20	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   5	555.0	11,100
48	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   4	555.0	26,640
15	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.0	13,860
15	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,613.0	54,195
10	PORTA MATRIZ PREMOLAR TOFFLEMIRE	2,101.0	21,010
15	PORTA PINCELES	588.0	8,820
12	SONDA PERIODONTAL CALIBRADA OMS	10,756.0	129,072
5	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,521.0	62,605
5	VITREBOND	46,050.0	230,250

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año.

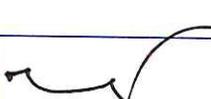
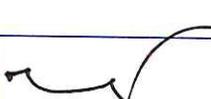
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	723,942
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	723,942
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	137,549
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	861,491

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21676

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	137,500
5	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	8,000
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	52,500
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	52,500
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	105,000
15	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,100.0	16,500
5	TIJERA P/ENCIA RECTA 11 CM.	770.0	3,850
15	TORULAS GRANBERRY X 500 UNDS.	2,130.0	31,950

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

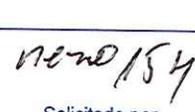
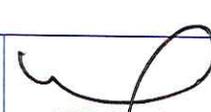
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año.

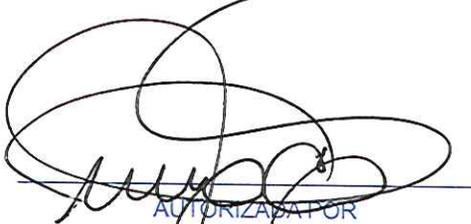
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	407,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	407,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	77,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	485,282

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADOR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	HILOS DENTAL ORAL B	980.0	39,200
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	1,130.0	33,900
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	30,900
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	30,900
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	30,900
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 023	1,030.0	30,900
20	ANESTESIA MEPIV. SCANDICINE 3% SN 50 TB SEPTODO NT	9,900.0	198,000
20	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA ( AMARILLA ) 862-C-012	1,450.0	29,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

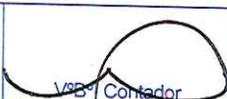
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

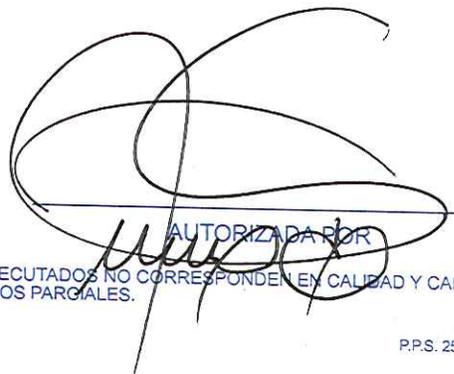
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039  
~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : QUINIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS TRES PESOS

VALOR NETO 423,700  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 423,700  
IVA 80,503  
TOTAL FACTURA 504,203

 Emitido por	new 154 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 224442

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 04-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PORTA AGUJA MAYO		
20	ESCOBILLA PROFILAXIS	1,190.00	7,140
1	CLOREXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	250.00	5,000
		5,900.00	5,900

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

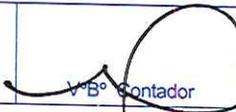
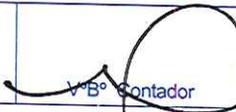
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

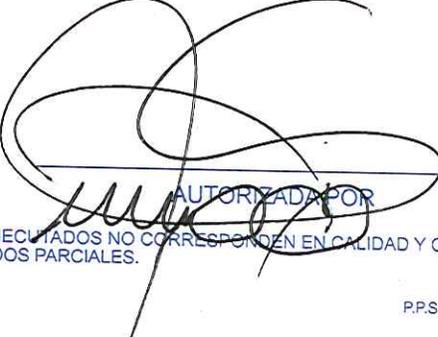
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	18,040
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,040
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,428
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,468
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	new 157 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA  
De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VASO DAPPEN VERDE		
2	VASO DAPPEN ROSADO	378.0	756
2	VASO DAPPEN AZUL	378.0	756
6	SELLANTE FOTOCURADO HELIOSEAL FCO. 8 ML.	378.0	756
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	24,790.0	148,740
1	DYCAL ( MARCA DENTSPLY ) CAJA MORADA	924.0	18,480
5	AGUJA LARGA CJ/100	7,479.0	7,479
3	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3,5	3,025.0	15,125
		6,387.0	19,161

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

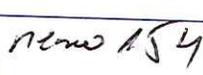
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

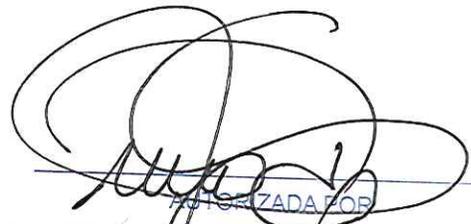
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 211,253  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 211,253  
IVA 40,138  
TOTAL FACTURA 251,391

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

7999770

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 21676 de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	YESO CORRIENTE X LT.	990.0	9,900
10	VISIOTEK (MASCARA FACIAL)	28,500.0	285,000
5	PASTA ZINQUENOLICA CAVEX	10,130.0	50,650
2	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	9,380
10	HUINCHA LIJA COMPOSITE	980.0	9,800
3	GODIVA LAPIZ KERR X 15 U	4,100.0	12,300
3	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200.0	3,600
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.0	40,560
10	BARNIZ FLUOR PROFLUORID VOCCO	16,300.0	163,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

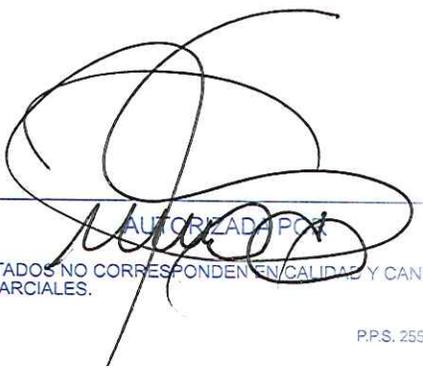
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ato.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	584,190
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	584,190
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	110,996
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	695,186

SON : SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS PESOS

 Entido por	<i>new 159</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	----------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

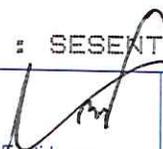
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	MEDALLAS ART 120 CON LOGO DEPORTIVO Y GRABADO ORO	722.69	18,067
25	MEDALLAS ART 120 CON LOGO DEPORTIVO Y GRABADO PLATA	722.69	18,067
25	MEDALLA ART 120 CON LOGO DEPORTIVO Y GRABADO B RONCE	722.69	18,067

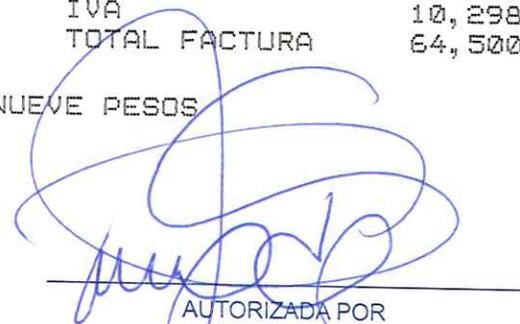
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	54,202
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 54,202
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 10,298
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 64,500

SON : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	12no 1816		
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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 200.000 )	200,000.00	200,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	200,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	38,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS

 Emitido por	<i>Pero 547</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 200.000 )	200,000.00	200,000

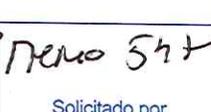
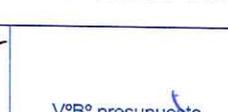
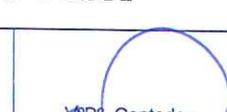
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	200,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	38,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha sírvase despachar

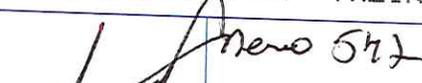
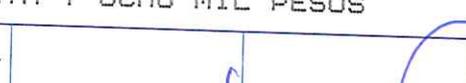
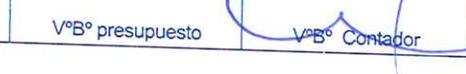
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 200.000 )	200,000.00	200,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	200,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	38,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL 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.



ORDEN DE COMPRA

072676

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 200.000 )	200,000.00	400,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 400,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 400,000  
 IVA 76,000  
 TOTAL FACTURA 476,000

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS

	Neto 577		
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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 200.000 )	200,000.00	400,000

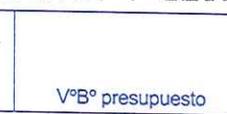
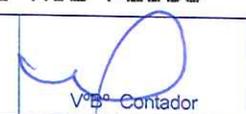
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	400,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	400,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	76,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	476,000

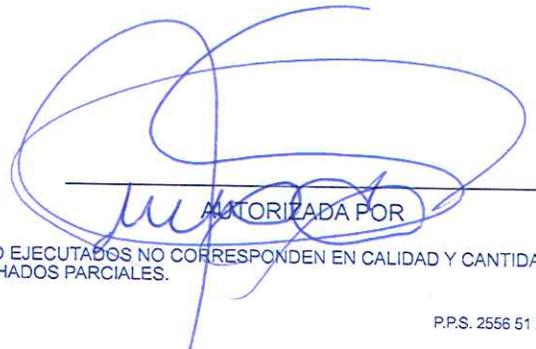
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS 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.

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

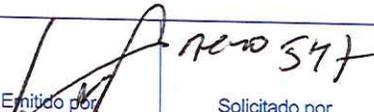
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES ( 200.000 )	200,000.00	400,000

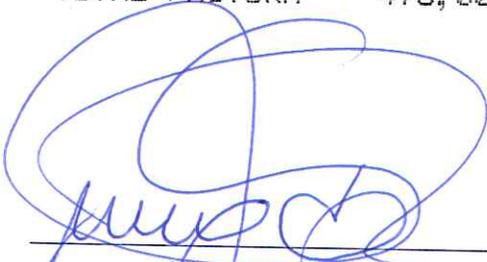
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	400,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	400,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	76,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	476,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): 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
30	DATO ATENCION DE URGENCIA AUTOCOPIATIVO 50/2 ( CAJA x 2000 HOJAS)	24,000.0	720,000

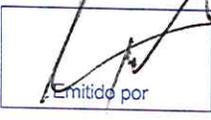
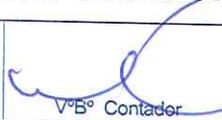
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
Atencion a: ~~Reyes Lavanderos~~ ~~LA VACA DE BOTOS LAS CONDES~~ ~~SR. P. 02.06.30~~ ~~de 24.00 - 16.00 hrs.~~  
~~Viernes de 8.30 - 14.00 hrs.~~  
FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	720,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	720,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	136,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	856,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emitido por	<i>Mera 137</i> 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.

072672

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,050.42	51,151

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SESENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS

VALOR NETO 51,151  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 51,151  
 IVA 9,719  
 TOTAL FACTURA 60,870

 Emission Emitido por	Renno 563 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.

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
20	BLOCK 50/2 SOLICITUD DE INTRCONSULTA O DERIVACION AUTOCOPIATIVO.	1,650.0	33,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON0: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS

VALOR NETO 33,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 33,000  
IVA 6,270  
TOTAL FACTURA 39,270

 Emitido por	pero 687 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072670

FECHA: 08-09-2014

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.

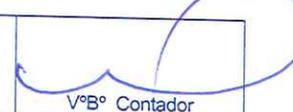
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	17,050.42	85,252
1	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	12,890.76	12,891

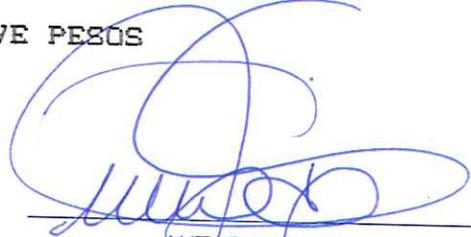
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	98,143
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	98,143
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	18,647
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,790

SON : CIENTO DIECISEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Renso 328 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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
30	FORMULARIO DATOS DEL PACIENTE (CAJAS x 2000) CON PREPICADO AL CENTRO.	17,100.0	513,000

**LA 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

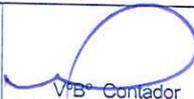
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 513,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 513,000  
 IVA 97,470  
 TOTAL FACTURA 610,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	<i>Re no 684</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

8-9

072668

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO		
1	CARGA DE GAS DE 11 KG CLASICO	17,050.42	68,202
1	CARGA DE GAS DE 5 KG CLASICO	12,890.76	12,891
		7,705.88	7,706

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS

VALOR NETO 88,798  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 88,798  
IVA 16,872  
TOTAL FACTURA 105,670

	Empleado por	reño 688	Solicitado por	V°B° presupuesto		V°B° Contador
--	--------------	----------	----------------	------------------	--	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

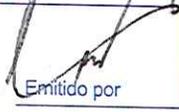
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	GLIBENCLAMIDA 5 MG. CAJA x 1000 COMP.	4,200.0	50,400

**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	50,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,576
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,976

SON : CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

RESERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTE ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O SI SON POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-09-2014

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
383	FERRAMIN 109 MG. F.E. x 30 CAPS.	1,500.0	574,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

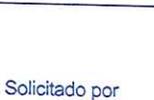
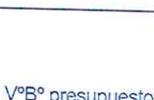
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

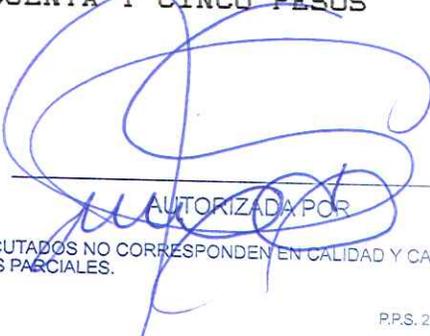
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 574,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 574,500  
 IVA 109,155  
 TOTAL FACTURA 683,655

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): RODRIGO SALAZAR GUZMAN INFORMATICA E. I. R. L 520025375

Dirección: AV. APOQUINDO N° 6415 OF. 71

Teléfono: 2014964

At: Sr. rsalazar@bynet.cl  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	4CH FULL 960H USB/VGA/HDMI/IE/MOVIL 3G GARANTI A 1 AÑO	48,731.00	48,731
1	DISCO DURO 3TB SATA GARANTIA 1 AÑO	91,992.00	91,992
1	SERVICIO INSTALACION	45,000.00	45,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

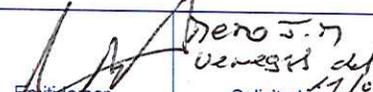
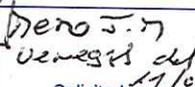
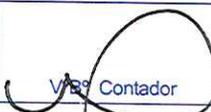
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

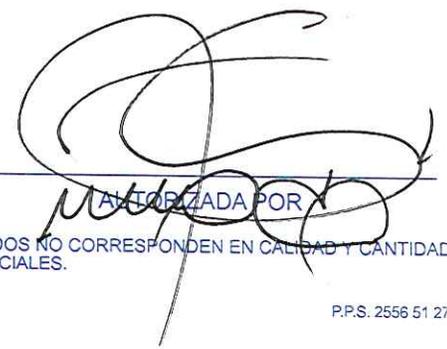
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	185,723
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 185,723
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA 35,287
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 221,010

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIUN MIL DIEZ PESOS

 Entido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PC FACTORY S.A. 788855508

Dirección: AVDA MANUEL MONTT 170

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	MEMORIA 32 GB MICRO SDHC ULTRA/CLASE	21,168.07	21,168

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

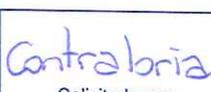
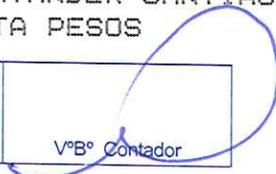
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	21,168
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	21,168
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,022
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,190

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL CIENTO NOVENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA 40 PERSONAS	31,932.77	31,933

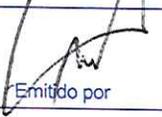
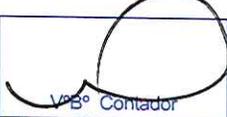
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	31,933
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	31,933
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,067
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,000

SON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 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: 11-09-2014

Señor(es): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CAJA DE ORDEN DE COMPRA 500 X 4 DE 13 X 9.5 DI SENO NUEVO	58,200.00	291,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

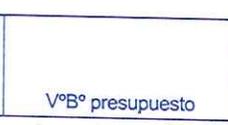
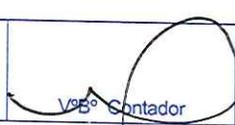
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	291,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	291,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	55,290
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	346,290

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
**de Fecha sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	EMPANADAS DE PINO	966.39	57,983

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA 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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	57,983
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	57,983
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,017
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y NUEVE MIL PESOS		

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA.LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA - DESDE CAMINO EL ALBA 9280 A TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES EL 23/09/14 - HORA 11:15 HS Y REGRESO A LAS 13:45 HS	70,000.00	140,000
1	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA - DESDE COLON 9140 Y CAMINO EL ALBA 9280 A TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES EL 23/09/14 A LAS 10:50 HS; 11:50 HS Y REGRESO 13:45 HS	70,000.00	70,000
3	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA - DESDE VIA LACTEA 9308 A TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES A LAS 11:15 HS Y REGRESO 13:45 HS EL 23/09/14	70,000.00	210,000
3	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA - DESDE A. FLEMING C/T OMAS MORO A TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES A LAS 11:15 HS Y REGRESO 13:45 HS EL 23/09/14	70,000.00	210,000
2	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA - DESDE CERRO ALTAR 6811 A TEATRO MUNICIPAL DE LAS CONDES A LAS 11:15 HS Y REGRESO A LAS 14:45 HS EL 23/09/14	70,000.00	140,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	770,000
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 770,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 770,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS SETENTA MIL PESOS

 Emitido por	MEMO#801 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



PC FACTORY S.A. ZAPACOTEN

AVDA. MANUEL MONTT 170

A/Sr:

De acuerdo a su cotización N°

Se Despachan la Gura en Lugar Entrega de Fecha:   
 *Se despachar*

se ejecuta con cargo a esta Orden de compra / Trabajo. Se materializa la compra con a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SONY NOTEBOOK VAIO FIT 140 AMD G600 BUAO CPU 0-5545M 660 750 GB 14" TOUCH AND TOUCHPAD WINDOWS 8.1 + MEMORIA 2 GB DDR3	355,109.24	355,109

Atencion Proveedores : de Lunes a Viernes de 08.30 a 16.00 hrs.   
 Viernes de 08.30 a 14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con giro a credito con el fin de la empresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion de garantia de 1 año

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.   
 LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A OPORTUNIDAD DE DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAS COMAS.   
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS COMAS - RUC: 76002000 - TEL: 2720 5000 - FAX: 2720 6000

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	355,109
DESTINO	: ADMINISTRACION DADA MONTT	IMPUESTO 2.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	355,109
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	63,371
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	VALOR FACTURA	418,480

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS

DAF

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): CASA MUSA ELECTROTECNICA SOCIEDAD LTDA. 84210100K

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2099

Teléfono: 3351819

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DETECTOR DE HUMO 9V DC	6,367.00	38,202

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

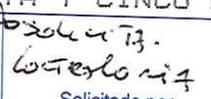
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431118	MAQ. Y EQ. OFICINA	VALOR NETO	38,202
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	38,202
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	7,258
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	45,460

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD. LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
**de Fecha sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PLACAS VGA EMPOTRADA AL MURO CON ENERGIA	14,900.00	29,800
2	EXTENCION DE BARRA PARA SOPORTE EN TECHO	12,800.00	25,600

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B  
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960.  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 55,400  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 55,400  
IVA 10,526  
TOTAL FACTURA 65,926

SON : SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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
5	VENLAFAXINA 75 MG. x 1000 COMP.	49,000.00	245,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

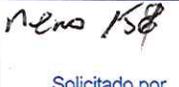
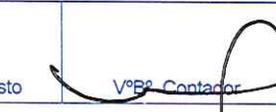
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	245,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	245,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	46,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	291,550

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA 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) 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	SILLA DE RUEDAS MANUAL ACERO ESMALTADA KY903, MARCA ROVEEN.	52,450.00	52,450

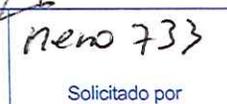
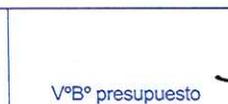
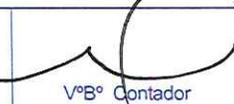
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	52,450
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	52,450
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,966
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,416

SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS 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):

Dirección: ALVARO TURRIETA VIELMA 13040846K

Teléfono:

At.: Sr.: TADEO VARGAS 716

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SELLO DE SEGURIDAD MODELO NS027 CAJA X 1000 UN D	46,000.00	46,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

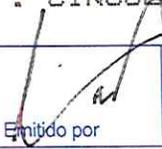
~~Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.~~

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	46,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	8,740
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,740

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	Solera. Cosmology. 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°1 de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,680	10,080
16	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	17,600
18	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,680	30,240

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	57,920
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,920
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	11,005
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,925

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	11010156 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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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	13,800

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA 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	13,800
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,800
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,622
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,422

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS

	1111111111		
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

072782

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	138,600

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA 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	138,600
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	138,600
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	26,334
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	164,934

SON : CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

	<i>nero 156</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.



ORDEN DE COMPRA

072781

FECHA: 11-09-2014

15-9

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000	70,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -  
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO	70,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	70,000
IVA	13,300
TOTAL FACTURA	83,300

		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: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	7,757

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

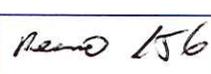
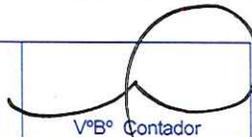
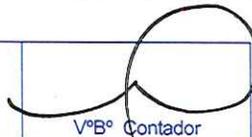
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

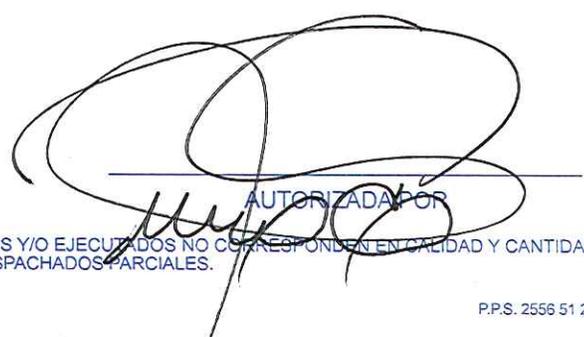
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	21,717
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,717
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,126
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,843

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/ TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-9

072779

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	13,860
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	31,850
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,052
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,902

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con 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 AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000	70,000

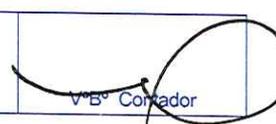
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	70,000
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,300

MONTO : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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  
AL 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: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

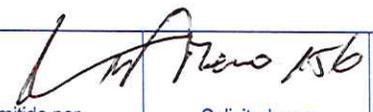
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	7,757

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	21,717
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,717
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,126
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,843
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
 De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	13,860

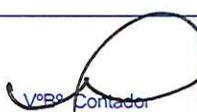
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	31,850
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,052
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,902
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS		

 Emitido por	2240156 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

159



ORDEN DE COMPRA

072775

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 09  
De Fecha 09-09-2014  
\*\* 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
1	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000	70,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO	70,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	70,000
IVA	13,300
TOTAL FACTURA	83,300

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.

072774

Señor(es): **COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952**  
 Dirección: **MAPOCHO 4342**

FECHA: 11-09-2014

At.: Sr.: Teléfono:  
 De acuerdo a su cotización N° **05**  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **01-09-2014** sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	7,757

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -  
 VALOR NETO 21,717  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 21,717  
 IVA 4,126  
 TOTAL FACTURA 25,843

AGENCIA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DISTRITO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 GAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Signature]</i>	<i>nero 156</i>		<i>[Signature]</i>

AUTORIZADA POR *[Signature]*

RESERVACIONES:  
 ESTE ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	13,860

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

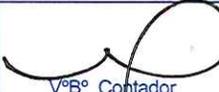
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

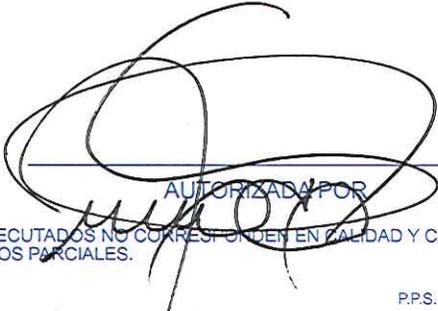
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	31,850
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,052
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,902
MON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS		

 Emitido por	Nero 156 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 EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000	70,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

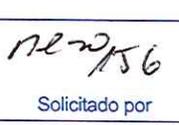
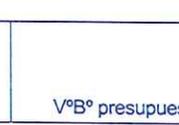
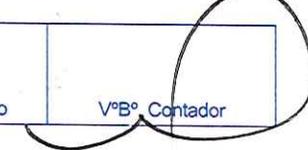
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	70,000
DESTINO	: MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	13,300
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,300
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	7,757

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

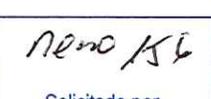
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	21,717
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,717
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,126
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,843

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-9

072770

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	13,860

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	31,850
DESTINO	: MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,850
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	6,052
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,902
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS			

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 09  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

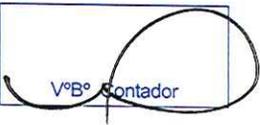
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000	70,000

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	70,000
DESTINO	: MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	13,300
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,300
CONDICION : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS		VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

 Emitido por	1200156 Solicitado por	 V°B° Contador
---	---------------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	7,757

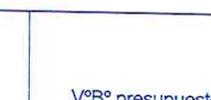
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	21,717
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,717
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,126
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,843

VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emittido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-9

072767

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	13,860

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	31,850
DESTINO	: MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,850
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	6,052
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,902
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS DOS PESOS			

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-9

072766

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA  
De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GASA ROLLO ROLLO x 1 KILO	9,700	9,700

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : ONCE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 9,700  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 9,700  
IVA 1,843  
TOTAL FACTURA 11,543

	Revo 156		
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° 1 de Fecha 05-09-2014 **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	140	14,000
5	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	550	2,750

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

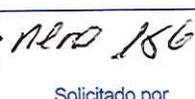
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	16,750
DESTINO : LABORATORIO BASICO	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  
SON : DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA 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 CANTIDAD 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: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	41,880
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	15,514

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

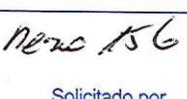
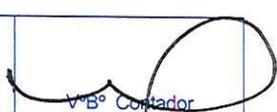
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	57,394
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,394
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	10,905
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,299

SON : SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

		
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): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	17,990

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

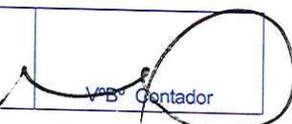
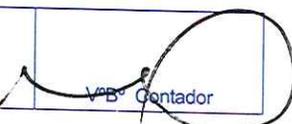
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

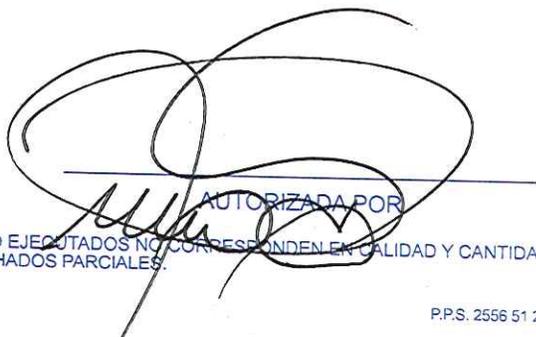
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	17,990
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,418
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,408

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Nero 156</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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 3ml X 150	5,400	27,000
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 10 ML. X 100	4,900	49,000
5	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 5ml - X100	3,700	18,500

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

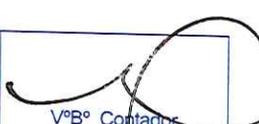
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	94,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	94,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	17,955
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,455

SON : CIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	Nero 156 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

25-9

ORDEN DE COMPRA

072761

FECHA: 11-09-2014



Señor(es) SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA  
De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GUANTE QUIRURGICO EST. 7 1/2 MUNNICH CAJA X 50	6,450.00	19,350
1	GUANTE QUIRURGICO EST. 6 12 MUNNICH CAJA X 50	6,450.00	6,450
1	CATETER LLAVE DE TRES VIAS CJ x 50 UND.	5,790.00	5,790
15	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1/2 B.D. X 100	4,590.00	68,850

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 100,440  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 100,440  
IVA 19,084  
TOTAL FACTURA 119,524

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS

	Emetido por	menno 156	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.

072760

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-09-2014 \*\* 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
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,680	84,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,680	50,400
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	22,000
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	11,000

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guía o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	167,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	167,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,806
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	199,206
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 09  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

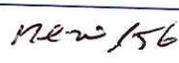
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CINTAS DE CETONURIAS KETO -DIABUR TES 5000 ROCHE PZN - 2379216	15,000	15,000

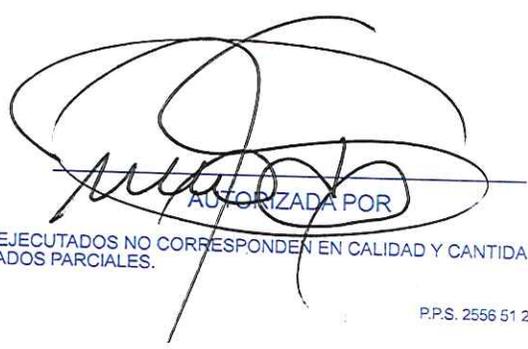
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	15,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,850
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° Contador
V°B° presupuesto		

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

ORDEN DE COMPRA

072758

FECHA: 11-09-2014



Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 09

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 0.50	900	36,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

VALOR NETO 36,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 36,000  
 IVA 6,840  
 TOTAL FACTURA 42,840

	Nero 156		
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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 20ml X 100	7,800	78,000
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	4,150	8,300
1	ALCOHOL 70% CAJA X 15 LT	13,800	13,800
10	AGUJA DESECHABLE 25 G X 1 BD CAJA X 100	1,300	13,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

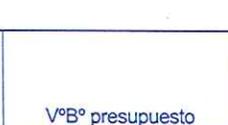
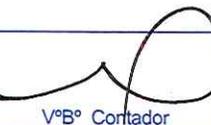
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	113,100
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	113,100
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	21,489
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,589

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA 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): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	83,160

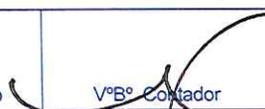
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	83,160
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,160
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,960
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS		

	<i>Nemo 156</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INVERSIONES PMB S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 10-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	243,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

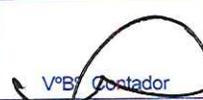
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

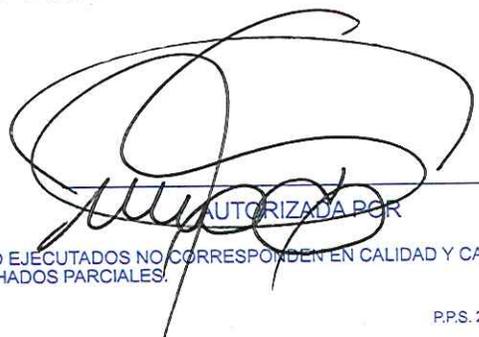
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	243,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	243,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	46,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	289,170

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA PESOS

	<i>Nero Kb</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Costador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072754

FECHA: 11-09-2014

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°3550 de Fecha 10-09-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

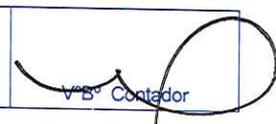
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TEST EMBARAZO	12,000	120,000

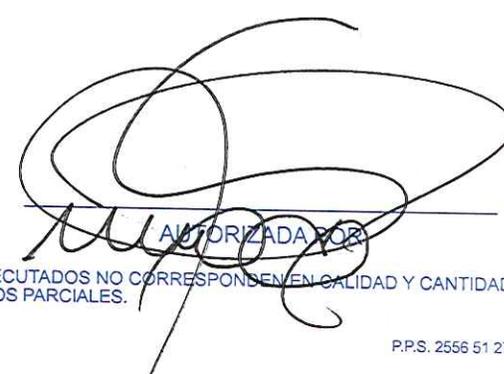
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	120,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	22,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	142,800
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS		

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es) B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 08-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ASKINA SRB MECHA ROLLOS 2,7 X 34 CM.	22,000	88,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES, RUT: 70.902.000-5 FONO: 2720.6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

IDENTIFICACION : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
DIRECCION : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : CIENTO CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 88,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 88,000  
IVA 16,720  
TOTAL FACTURA 104,720

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) **B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407**

Dirección: **CALLE NUEVA 5319**

Teléfono: **6234334**

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°09

de Fecha **08-09-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PRONTOSAN EN GEL 30 ML FCO	93,000.0	93,000
1	LINOVERA SOLUCION	125,000.0	125,000
1	ASKINA CALGITROL AG 10 x 10 CJ x 10 UNID.	40,000.0	40,000
5	ASKINA CALGITROL AG PASTA TUBO 15 GRS	60,000.0	300,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

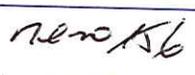
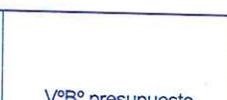
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 558,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 558,000  
IVA 106,020  
TOTAL FACTURA 664,020

MONTO : SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

072751

FECHA: 11-09-2014

15-9

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 259414

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390	46,800
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390	93,600
400	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	135	54,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~  
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO	194,400
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	194,400
IVA	36,936
TOTAL FACTURA	231,336

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

	new 156		
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: 11-09-2014

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

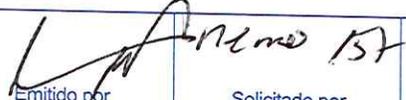
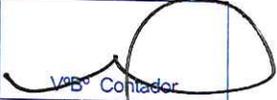
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	VENDA DE GASA NOBAFIX 10CM. X4MT. CAJ. *20 ROLLOS	3,400	34,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	34,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,460
MON : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS		

Emitido por 	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador 
--	----------------	------------------	---

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072749

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 07-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MARIPOSA N° 23 GENERICO CAJA X 50	4,500	22,500
5	MARIPOSA N° 21 GENERICO CAJA X 50	4,500	22,500
10	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,700	37,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-  
 CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 LAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS

VALOR NETO	82,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	82,000
IVA	15,580
TOTAL FACTURA	97,580

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
-----------------------------------	----------------	------------------	-------------------------------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA  
De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 250 ML.	299	21,528

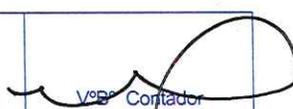
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	21,528
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,528
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	4,090
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,618
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO 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° 1 de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	22,000
100	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,680	168,000
10	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,680	16,800
5	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO ( CHINO )	2,990	14,950

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

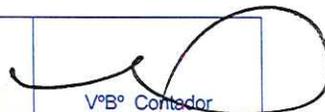
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	221,750
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	221,750
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	42,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	263,883

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 38506 de Fecha 08-09-2014 \*\* 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.

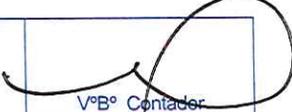
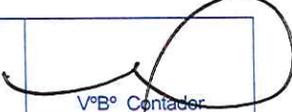
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	1,110	55,500

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-		VALOR NETO	55,500
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO		DESCUENTO 0.0	0
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO		SUB-TOTAL	55,500
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		IVA	10,545
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611		TOTAL FACTURA	66,045
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA			
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SESENTA Y SEIS MIL CUARENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	156 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.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 0.56	900	36,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	36,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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° Cortador
---	--------------------	----------------------	--

  
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.

072744

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800	224,000
5	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000	350,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 574,000  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 574,000  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 109,060  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 683,060  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL 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.

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	56,439	451,512

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	451,512
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	451,512
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	85,787
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	537,299

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	09/09/14	
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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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 ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	418,800

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

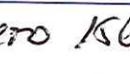
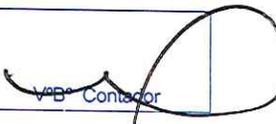
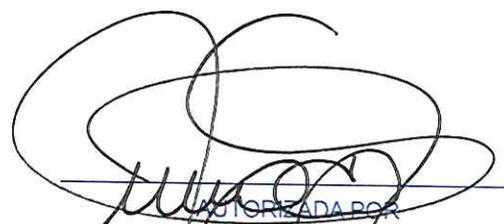
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	418,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	418,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	79,572
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	498,372

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	---

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°09

Teléfono: 8510922  
 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

de Fecha 11-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000 CO N IMPRESION (CESFAM APOQUINDO)	5,490.0	164,700

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

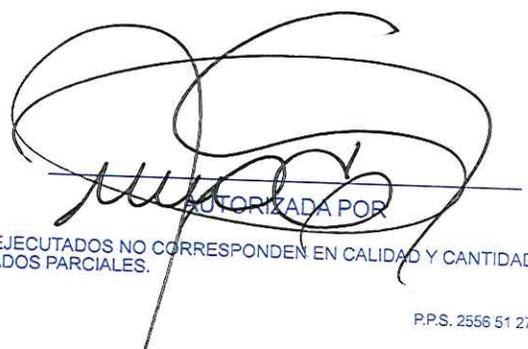
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.  
 CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO

VALOR NETO	164,700
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	164,700
IVA	31,293
TOTAL FACTURA	195,993

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	1290156 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N° 6 1/2	8,100	16,200
30	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS CHICA	340	10,200

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	26,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,016
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,416

SON : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	---	--

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): 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° 09 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990	179,900
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pg ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860	69,300

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

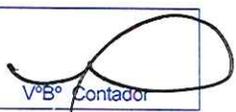
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	249,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	249,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	47,348
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	296,548

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	Neiro 156 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): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 10-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T. TD-4251	9,000	360,000

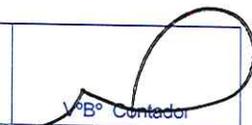
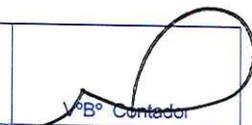
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	360,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	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

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : 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): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

FECHA: 11-09-2014

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

At: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 10-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	162,000

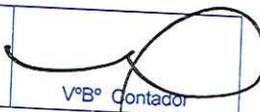
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

AGENCIA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 GAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

VALOR NETO 162,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 162,000  
 IVA 30,780  
 TOTAL FACTURA 192,780

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

RESERVACIONES:  
 ESTE ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

072736

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 08-09-2014 sírvase despachar

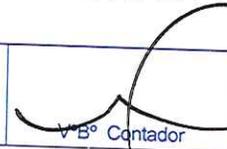
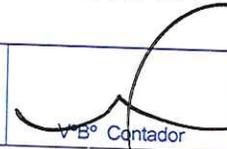
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

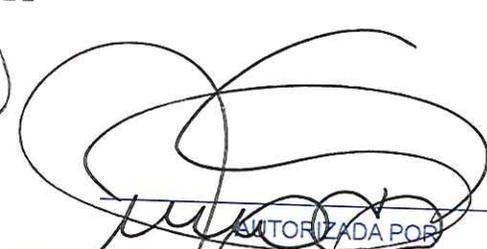
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ASKINA CALGITROL AG PASTA TUBO 15 GRS		
3	ASKINA HYDRO 10 X 10 CJ 10UNID	60,000	300,000
6	ASKINA GEL (HIDROGEL AMORFO) 15G	15,000	45,000
3	ASKINA CALGITROL AG 10 x 10 CJ x 10 UNID.	21,000	126,000
		40,000	120,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
No se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
No se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO VALOR NETO 591,000  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 591,000  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140 IVA 112,290  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 703,290  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SETECIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS

 Emitido por	<i>nero kb</i> 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): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM. X12,5 CM	4,121	82,420

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	82,420
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,420
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,080
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SDN : NOVENTA Y OCHO MIL OCHENTA PESOS		

 Emitido por	156 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.

072734

FECHA: 11-09-2014

Señor(es) DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°1

de Fecha 07-09-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
300	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	60.0	18,000
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 10 ML. X 100	4,900.0	49,000
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 5ml - X100	3,700.0	37,000
10	VENDA DE GASA NOBAFIX 10CM. X4MT. CAJ. *20 ROLLO S	3,400.0	34,000
12	DESINFECTANTE POVIDONA YODADA 10 G BOT. X 1 LT	2,520.0	30,240
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 3ml X 150	5,400.0	54,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 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	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	222,240
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	222,240
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	42,226
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	264,466

MONTO: DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es) SOCDFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 09-09-2014 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	CATETER LLAVE DE TRES VIAS CJ x 50 UND.	5,790.00	5,790
3	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESIVO 10X10 CM. CJX10	32,159.00	96,477
15	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1/2 B.D. X 100	4,590.00	68,850
1	GUANTE QUIRURGICO EST. 6 12 MUNNICH CAJA X 50	6,450.00	6,450
3	GUANTE QUIRURGICO EST. 7 1/2 MUNNICH CAJA X 50	6,450.00	19,350

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

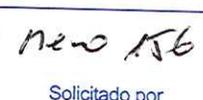
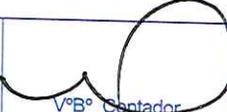
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

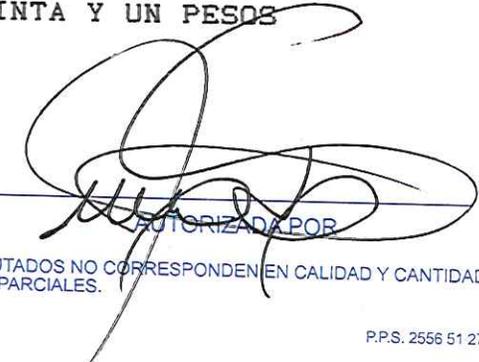
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	196,917
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,917
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,414
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	234,331

MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emisor por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

FECHA: 11-09-2014

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 05-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	11,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	22,000
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,680	84,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,680	50,400
50	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	550	27,500
4	GORROS CLINICOS DESECHABLES CAJ X 50 UND.	600	2,400

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

**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 factorizacion del pago de este documento.-  
 AGENTE : 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 197,300  
 DESCUENTO 0,0 0  
 SUB-TOTAL 197,300  
 IVA 37,487  
 TOTAL FACTURA 234,787

MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *Nero 156*  
 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  
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CINTAS DE CETONURIAS KETO -DIABUR TES 5000 ROC HE PZN - 2379216	15,000	15,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	15,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	2,850
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,850
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS			

	neno 156		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES: PROVEEDOR AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-9

072730

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 09 de Fecha 01-09-2014 \*\* Despachar factura en Lunan Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. *servase despachar*

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900	36,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 : 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 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 42,840  
 MONEDA : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

	156		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR** **AUTORIZADA POR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

de Fecha 09-09-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SOT-FOAM 7X7 CJX10	29,750.0	89,250
1	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000.0	70,000
20	SAF-GEL	7,350.0	147,000
3	KALTOSTAT DRESS 5X5 PKX10	12,300.0	36,900
2	AQUACEL AG 10 x 10 CM. x CJ/10 UN	72,900.0	145,800

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

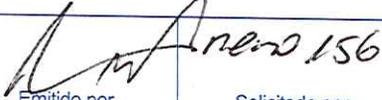
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

VENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	488,950
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	488,950
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	92,901
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	581,851

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS 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.

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 09

y/o ejecutar, 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	FIBRACOL* PLUS APOSITO COLAGENO Y ALGINATO 10 x 12cm. CJ/12	83,470	250,410
2	HIDROGEL AMORFO NU-GEL 25 GR. CJX6	24,663	49,326
6	APOSITO HIDROPOLIMERO ADHESIVO TIELLE 7 x 9cm. CJ/10	31,145	186,870
1	APOSITO ADHESICO TRANSPARENTE BIOCLUSIVE 5 x 6 cm CJ/100	22,840	22,840
1	APOSITO ADHESICO TRANSPARENTE BIOCLUSIVE 10 x 12cm CJ/50	24,398	24,398
2	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 20 CJX24	12,073	24,146
3	SIVERCEL ALGINATO CON PLATA APOSITO DE 10X12 CM. CJX10	84,730	254,190
4	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	56,439	225,756
1	NU-GEL HIDROGEL AMORFO 25GS. CJX6	18,497	18,497
6	NU-DERM APOSITO ALGINATO 10X10 CM. CJX10	26,379	158,274
6	NU-DERM APOSITO ALGINATO 5X5 CM. CJX10	15,950	95,700

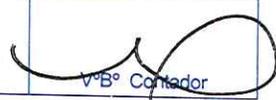
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,310,407
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,310,407
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	248,977
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,559,384

MONEDA : UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

	<i>Nero 156</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-09-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	139,600
7	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757	54,299

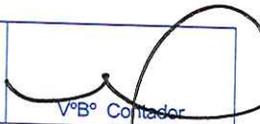
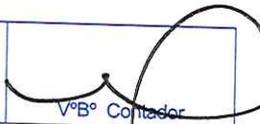
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

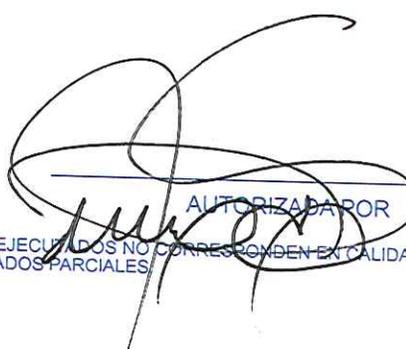
IDENTIFICACION : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	193,899
DIRECCION : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	193,899
CONTACTO ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,841
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	230,740

VALOR : DOSCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	<i>new 156</i> 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  
 Y/O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 11-09-2014

Señor(es) ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 11-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	4,990	299,400

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.  
 IDENTIFICACION : 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 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : TRES CIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO	299,400
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	299,400
IVA	56,886
TOTAL FACTURA	356,286

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES: **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: 11-09-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 09

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-09-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 20ml X 100	7,800.00	78,000
10	JABON GEL CON ALCOHOL ALCOGEL BOT. X 340 ML.	18,000.00	180,000
4	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	4,150.00	16,600
6	CAJAS PARA BACILOSCOPIA FRASCO NEGRO TAPA TRANSPARENTE 30 GR.	5,700.00	34,200
2	ALCOHOL 70% CAJA X 15 LT	13,800.00	27,600
10	AGUJA DESECHABLE 25 G X 1 BD CAJA X 100	1,300.00	13,000

Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 año

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 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 :	421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	349,400
DESTINO :	CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	349,400
LUGAR ENTREGA :	PAUL HARRIS 1140	IVA	66,386
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	415,786

VALOR : CUATROCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Signature]</i>	<i>Neno 156</i>		<i>[Signature]</i>

RESERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

AUTORIZADA POR *[Signature]*

Señor(es) **MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049**

Dirección **MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO  
ALEJANDRO ESPINOZA**

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°09 de Fecha **01-09-2014** sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

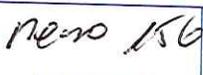
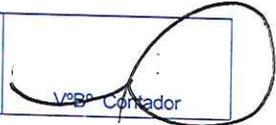
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	269,850
30	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pç ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860.0	415,800
2	JABON GLICERINA BIDON x 5 LTS.	7,835.0	15,670

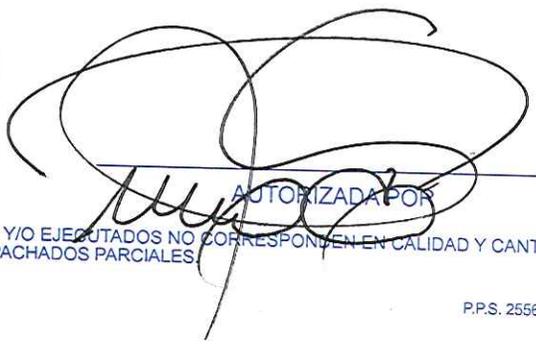
Atención Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	701,320
DIRECCION : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	701,320
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	133,251
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	834,571
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS 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  
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
2	TONER HP' Q2610A SERIE 2300	73,089.00	146,178

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	146,178
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	146,178
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	27,774
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	173,952
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON :	CIENTO SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS		

 Emitido por	<i>Renzo 11/9</i> <i>A. Frazz...</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

LA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

072722

FECHA: 10-09-2014

Señor(es): ALIMENTOS CARMEN SANCHEZ EIRL 52001957K

Dirección: TOBALABA 2113

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
50	EMPANADA DE PINO	966.39	48,320

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

EMPA	: 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	48,320
STINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	48,320
GAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	9,181
RMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,501
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	N : CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS		

Emitido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

EL ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 29-09-2014

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
126	ATENOLOL 50 MG. CAJA x 1000 COMP.	5,400.00	680,400

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONC: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	680,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	680,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	129,276
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	809,676

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 29-09-2014

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **sírvase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	17,260.50	51,782

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

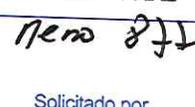
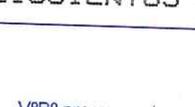
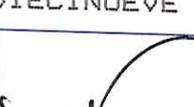
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO	51,782
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	51,782
IVA	9,838
TOTAL FACTURA	61,620

SON SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS 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.

Señor(es): GABRIEL ALEJANDRO BOETTIGER RIVERA 132728658

Dirección: LEON NEGRO 787

Teléfono: 2241010

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	ANTENAS WIFI - ACCESS POINT	45,000.00	90,000
1	ROUTER LINKSYS	85,000.00	85,000
1	SWITCH DE 24 BOCAS 10/100	65,000.00	65,000
2	PUNTOS ELECTRICOS	28,000.00	56,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

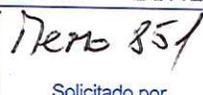
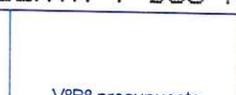
~~Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.~~

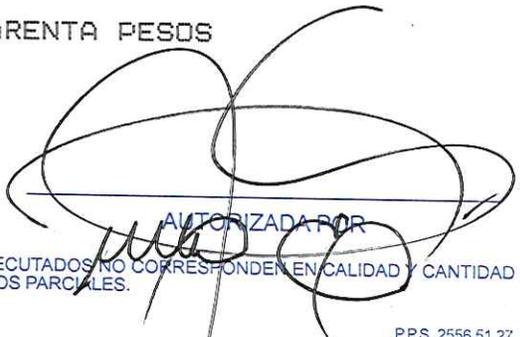
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VID	VALOR NETO	296,000
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	296,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	56,240
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	352,240

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRESIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es):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
2	CAMBIO DE LOGO LATELARES A BUS DE ACERCAMIENTO	19,200.00	38,400
1	CAMBIO DE LOGO TRASERO 0,80 X 0,85	10,200.00	10,200
1	INSTALACION	60,000.00	60,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

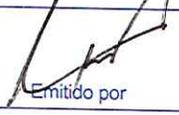
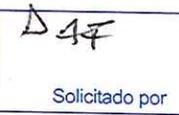
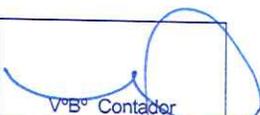
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	108,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	108,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,634
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	129,234

SON : CIENTO VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es): LAURA ESPINEIRA 031929962

Dirección: EL REGIDOR 66

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA PARA 40 PERSONAS	37,815.13	37,815

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	37,815
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	37,815
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,185
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y 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.

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr. TAMARA CONTRERAS  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	Cortina Roller Black Out 13	34,580.0	34,580
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 105 CM	40,560.0	40,560
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 150 CM	51,740.0	51,740
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 136 CM	46,670.0	46,670
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 149 CM	56,160.0	56,160
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 149 CM	56,160.0	56,160
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 108 CM	43,160.0	43,160
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 82 CM	37,180.0	37,180
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 108 CM	43,160.0	43,160
4	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 91 CM	31,980.0	127,920
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 90, 5 CM	31,980.0	31,980
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 92 CM	31,980.0	31,980
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 81 CM	20,670.0	20,670
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 77 CM	24,180.0	24,180
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 160 CM	56,160.0	56,160
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 205 CM	46,280.0	46,280
2	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 110 CM	43,160.0	86,320
1	CORTINA ROLLER BLACK OUT DE 150 CM	37,180.0	37,180
22	INSTALACION	5,840.0	128,480

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano.

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

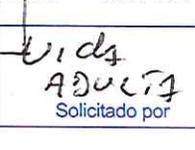
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424271	PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	1,000,520
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA		DESCUENTO 10.0	100,052
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	900,468
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960		IVA	171,089
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	1,071,557

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILION SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es) DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	AZUCAR GRANULADA PQTE. 1 KG. DAMA BLANCA	460.00	920
10	VASO PLUMAVIT 120 CC. x 20 UN. DARNEL	205.00	2,050
2	REVOLVEDOR PLASTICO 100 UN x BOLSA	398.00	796
8	VASO PLASTICO 190 CC. 25 UN TRASP. CASELLA	401.00	3,208
10	PLATO PLASTICO BLANCO 14 CM. x 20 UN. S/M	698.00	6,980
8	TENEDOR PLASTICO 25 UN. S/MARCA	398.00	3,184

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

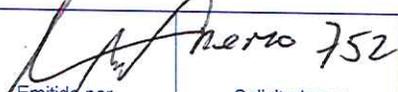
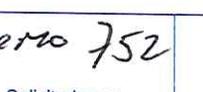
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	17,138
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	17,138
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	3,256
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,394

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) COMERCIAL DEVALE LTDA 783765101

Dirección: AVDA PROVIDENCIA 2653 LOCAL 40

Teléfono:

At.: Sr. FERNANDO REGO  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírbase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ELEVADOR # 38 SERRADO CURVO IZQUIEDO E38, HU-FRIEDY	34,405.00	34,405
1	ELEVADOR # 39 SERRADO CURVO DERECHO E39, HU-FRIEDY	34,405.00	34,405
1	GUBIA # 1 HU-FRIEDY, 16.5 CM., R1, HU-FRIEDY	199,654.00	199,654
1	PINZA ADSON CURVA, HAC, HU-FRIEDY	44,437.00	44,437

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

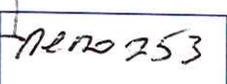
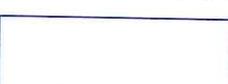
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
DESTINO : CASA MARLIT  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 312,901  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 312,901  
IVA 59,451  
TOTAL FACTURA 372,352

SON TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contado
---	---	---	---

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: 25-09-2014

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	UPS APC 1.100VA CON REGULADOR	73,900.00	73,900

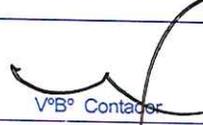
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	73,900
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	87,941

SON : OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

 Emitido por	<i>Renzo 757</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): 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 14 PAX ***26/09/14*** DESDE CASA FUTURO (LOS ALACALUFES 9174) A CLUB HIPICO - SALIDA 10:00 HS Y REGRESO 12:30 HS	65,000.00	65,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	65,000
DESTINO	: CENTRO DE REINSESION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 65,000
LUGAR ENTREGA	: ALACALUFE 9174	IVA 0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 65,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SESENTA Y CINCO MIL PESOS

	<i>Soberia</i> CASA FUTURO	
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: 25-09-2014

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

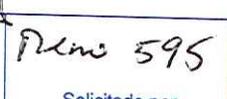
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	13,058.82	13,059
1	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	17,260.50	17,261

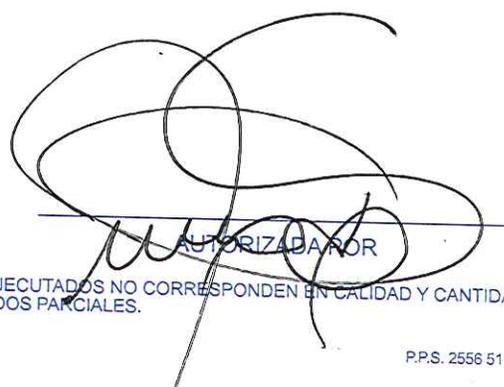
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-  
CUENTA : 423104 GAS  
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TREINTA Y SEIS MIL OCHENTA PESOS

VALOR NETO	30,319
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	30,319
IVA	5,761
TOTAL FACTURA	36,080

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

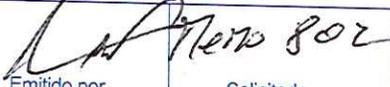
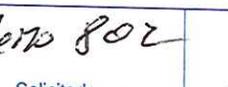
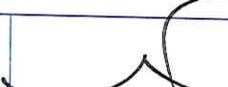
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 45 PAX ***10/10/14*** DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9060) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	260,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 260,000  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 260,000  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040 IVA 0  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 260,000  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): 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.

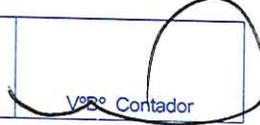
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BUS 45 PAX ***10/10/14*** DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	130,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-  
 CUENTA : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO 130,000  
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 130,000  
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188 IVA 0  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 130,000  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO TREINTA MIL PESOS

	
Entido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR  
 ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es):TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección:FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 45 PAX ***08/10/14*** DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	260,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	260,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 260,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA 0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 260,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOSCIENTOS SESENTA MIL 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):TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección:FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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	BUS 45 PAX ***07/10/14*** DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE DARE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	130,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

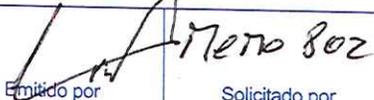
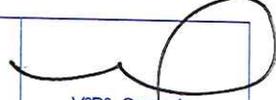
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	130,000
DESTINO	: COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 130,000
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 130,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CIENTO TREINTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 45 PAX ***06/10/14*** DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15.30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	260,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

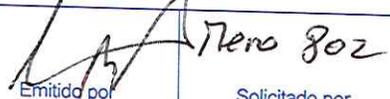
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

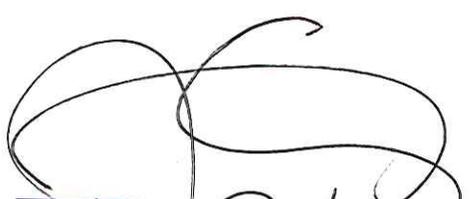
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	260,000
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 260,000
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA 0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 260,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS SESENTA 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  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 45 PAX ** 03/10/14 ** DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9060) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS	130,000.00	260,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	260,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	260,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	260,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS

Emtido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072816

FECHA: 25-09-2014

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 45 PAX ***03/10/14*** DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45 HS	130,000.00	130,000

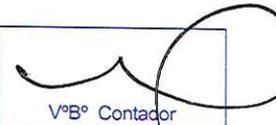
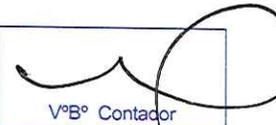
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	130,000
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 130,000
LUGAR ENTREGA	: AVDA.CRISTOBAL COLON 9188	IVA 0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 130,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO TREINTA MIL PESOS

 Emitido por	Neno 802 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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.

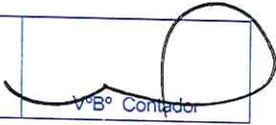
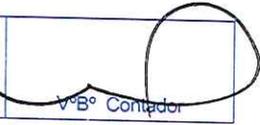
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BUS 45 PAX ***01-10-14*** DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS	130,000.00	130,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con DC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	130,000
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	130,000
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	IVA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA
	SON : CIENTO TREINTA MIL PESOS	130,000

 Emitido por	2200802 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072814

FECHA: 25-09-2014

Señor(es) DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CAFE INST. TRAD. TARRO EN POLVO 170 GR. NESCAF E	2,921.00	11,684
4	TE ROYAL CEYLAN CAJA x 100 UN. LIPTON	2,582.00	10,328
4	AZUCAR GRANULADA PQTE. 1 KG. DAMA BLANCA	460.00	1,840
2	ENDULZANTE STEVIA GOTAS 270 ML. DAILY	2,219.00	4,438
10	VASO PLUMAVIT 120 CC. x 20 UN DARNEL	205.00	2,050

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

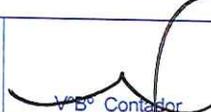
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	30,340
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,340
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,765
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,105

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CINCO PESOS

	832	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-09-2014

Señor(es) CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA  
 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	RETRACTOR UNIVERSIDAD DE MINESOTA, CRM, HU- FRIEDY	19,160.00	19,160
1	LEGRA PERIOSTOTOMO # 14 GOLDMAN-FOX, P14, HU-FRIEDY	26,471.00	26,471
1	FORCEPS # 150 PRESIDENCIAL CRYER UNIVERSAL F150, HU-FRIEDY	69,748.00	69,748
1	FORCEPS # 151 PRESIDENCIAL CRYER UNIVERSAL, F151, HU-FRIEDY (*)	69,748.00	69,748
1	PINZA # 41 ADSON PLANA DE CIRUGIA, TP41, HU-FRIEDY	39,496.00	39,496

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO	224,623
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	224,623
IVA	42,678
TOTAL FACTURA	267,301

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS UN PESOS

	1220253		
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: 25-09-2014

Señor(es): **COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931**

Dirección: **GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO**

Teléfono:

At.: Sr. **BENITO GERARDO ANDRADE**

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **sírvase despachar**

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	UNIDAD DENTAL A 3000 (INCLUYE LAMPRA, SALIVERO , SILLON ERGONOMETRICO Y PEQUENO NEGATOSCOPIO.	2,200,000.00	4,400,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424259 ESTIMULO CESFAN  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO	4,400,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	4,400,000
IVA	836,000
TOTAL FACTURA	5,236,000

MONTO : CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) 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	CAFE INT. TRADICION TARRO EN POLVO 170 GR. NES CAFE	2,921.00	5,842
3	AZUCAR GRANULADA PQTE 1 KG. DAMA BLANCA	460.00	1,380
10	VASO PLUMAVIT 120 CC. x 20 UN. DARNEL	205.00	2,050
2	TE ROYAL CEYLAN CAJA x 100 UN. LIPTON	2,582.00	5,164

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

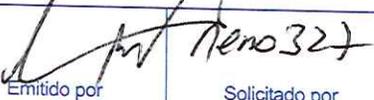
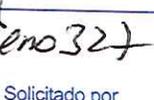
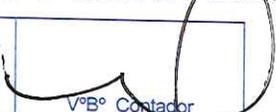
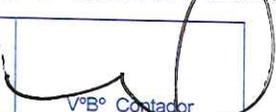
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 14,436  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 14,436  
IVA 2,743  
TOTAL FACTURA 17,179

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DIECISIETE MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 24-09-2014

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BUS 45 PAX ***15-10-14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO (CAMINO EL ALBA 9280) A CASINO ENJOY LOS ANDES	180,000.00	180,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424123	EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	180,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	180,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	180,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CIENTO OCHENTA 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: 23-09-2014

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
200	TALONARIO 50/2 REFERENCIA INTRACONSULTORIO AUT DCOPIATIVO	545.00	109,000
50	TALONARIO 50/2 INTERCONSULTA KINESIOLOGICA AUT DCOPIATIVO	1,360.00	68,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

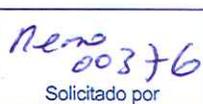
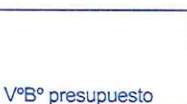
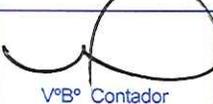
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	177,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	177,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	33,630
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	210,630

SON : DOSCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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
500	TARJETA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ADULTO	88.60	44,300
500	CARNET DEL ADULTO MAYOR	142.60	71,300

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	115,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,964
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,564
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CIENTO TREINTA Y SIETE 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 SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	TARJETA CONTROL PACIENTE PROG. ERA, TAMANO OFICIO CARTULINA BLANCA	79.20	39,600
500	TARJETA CONTROL DE ACTIVIDADES DE SALUD INFANTIL, CARTULINA CELESTE	79.20	39,600
100	BLOCK 50/2 SALIDA DE BODEGA AUTOCOPIATIVO	1,376.00	137,600

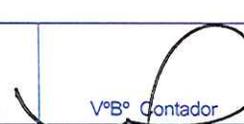
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	216,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	216,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	41,192
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	257,992

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emtido por	<i>Deno</i> 00376 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: 23-09-2014

Señor(es) FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FREEZER VERTICAL EFUP315YSKG 272 LTS. MARCA EL ECTROLUX	252,092.00	252,092
1	SERVICIO DE DESPACHO	5,874.00	5,874

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON0: 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	257,966
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	257,966
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	49,014
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	306,980

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitido por	Numero 635 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

072805

FECHA: 23-09-2014

Señor(es) TROTTER S. A. 818737009

Dirección: CARLOS SAGE N° 768

Teléfono: 2311061

At.: Sr. BERNABE ROBLES  
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	HORNO FRIEDBERG ELECTRICO	218,403.36	218,403

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 1230001	MAQUINAS Y EQUIPOS	VALOR NETO	218,403
DESTINO : ADMINISTRACION	CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	218,403
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	41,497
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	259,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

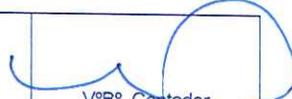
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG. x 1000 COMP.	6,000.00	90,000

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	90,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	90,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	17,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	107,100
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SIETE MIL CIEN PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 23-09-2014

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
500	TALONARIO RECETAS VERDE FOLIADAS x 100 HJS.	885.00	442,500

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO	442,500
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	442,500
IVA	84,075
TOTAL FACTURA	526,575

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : QUINIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	MEMO 396 CESF. APOD. Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador
---	---	------------------	---------------

  
 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 23-09-2014

Señor(es) WINPHARM SPA 760797820

Dirección AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr CLAUDIA KEIL

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	AMOXICILINA 500 MG. x 600 COMP.	11,400.00	68,400

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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

VALOR NETO 68,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 68,400  
 IVA 12,996  
 TOTAL FACTURA 81,396

MON : OCHENTA 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 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°

**\*\* 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
115	FERRAMIN 109 MG. F.E. x 100 CPS (FOLIFER CAPS )	5,900.00	678,500

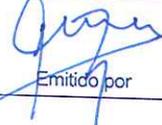
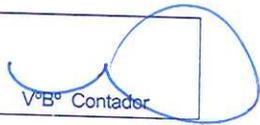
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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  
 MON : OCHOCIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

VALOR NETO	678,500
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	678,500
IVA	128,915
TOTAL FACTURA	807,415

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 23-09-2014

Señor(es) CARDENAS Y PEDEMONTA S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
130	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG. x 20 COMP.	1,225.00	159,250

Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.

Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHO PESOS

VALOR NETO 159,250  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 159,250  
 IVA 30,258  
 TOTAL FACTURA 189,508

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvese despachar

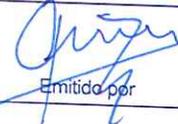
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	METRONIDAZOL 500 MG. x 500 COMP.	44,350.00	88,700

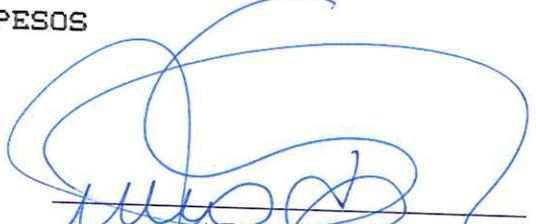
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	88,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	88,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,853
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	105,553
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CIENTO CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
204	AGUA CACHANTUN MAS	377.31	76,971
17	CEREAL QUAKER X 15 UND	1,462.18	24,857

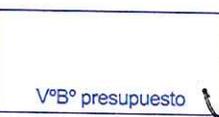
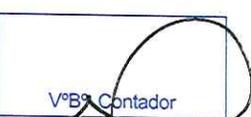
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

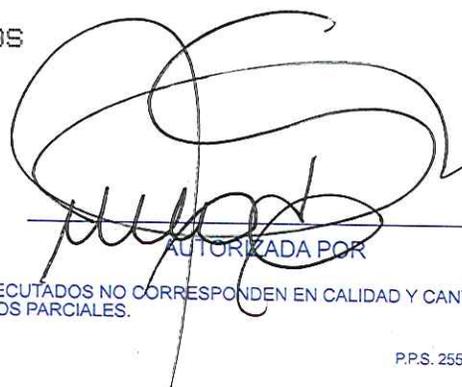
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	101,828
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	101,828
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	19,347
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	121,175

SON : CIENTO VEINTIUN MIL CIENTO 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.