

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 01-10-2014 Sírvese despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


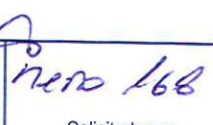

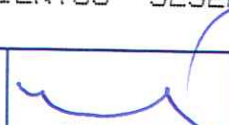
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | BASURERO 75 LTS SIMPLE                                |                |             |
| 30       | DANZARINAS 35X35 ( WINZA )                            | 16,000.00      | 32,000      |
| 5        | ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )                          | 210.00         | 6,300       |
| 9        | ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )           | 4,000.00       | 20,000      |
| 10       | MOPAS CHICAS humeda de algodón                        | 1,550.00       | 13,950      |
| 10       | MOPAS GRANDES   | 2,625.00       | 26,250      |
| 3        | PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( W INZA ) | 3,120.00       | 31,200      |
| 3        | PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( W INZA )  | 4,050.00       | 12,150      |

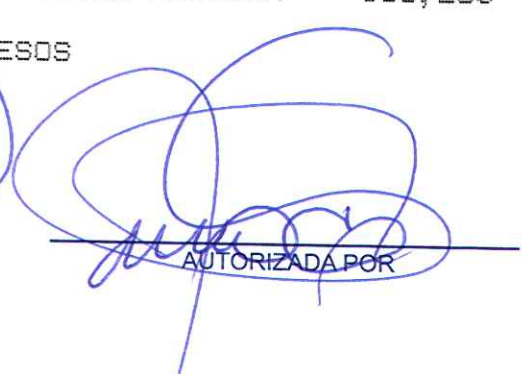
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                                |               |         |
|--|--------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :   | 421103 MATERIAL DE ASEO        | VALOR NETO    | 154,000 |
| DESTINO :  | COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 154,000 |
| LUGAR ENTREGA :  | CAMINO EL ALBA 9280            | IVA           | 29,260  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 183,260 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                      |                                |               |         |
| MON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS |                                |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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


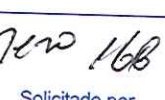
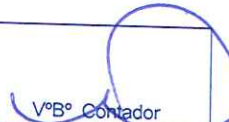
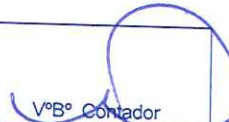
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 30       | DANZARINAS 35X35 ( WINZA )                          | 210.00         | 6,300       |
| 6        | DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100         | 5,078.00       | 30,468      |
| 1        | PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA ) | 4,050.00       | 4,050       |

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 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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO                          | VALOR NETO    | 40,818 |
| DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI                       | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                  | SUB-TOTAL     | 40,818 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811                          | IVA           | 7,755  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                         | TOTAL FACTURA | 48,573 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                       |               |        |
| MON : CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES PESOS |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 01-10-2014 Sírvese despachar

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



| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV. 20 LTS. WINZA-139 ROJA | 32,400.00      | 64,800      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                         |               |        |
|---|-------------------------|---------------|--------|
| VENTA :   | 421103 MATERIAL DE ASEO | VALOR NETO    | 64,800 |
| DESTINO :   | COLEGIO SIMON BOLIVAR   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA :                                   | 24 HORAS                | SUB-TOTAL     | 64,800 |
| LUGAR ENTREGA :                                   | TOMAS MORO 1651         | IVA           | 12,312 |
| FORMA DE PAGO :                                   | 30 DIAS C/FACTURA       | TOTAL FACTURA | 77,112 |
| CONDICION : SETENTA Y SIETE MIL CIENTO DOCE PESOS |                         |               |        |

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | 797228605      |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 40       | DANZARINAS 35X35 ( WINZA )                  | 210.00         | 8,400       |
| 6        | DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100 | 5,078.00       | 30,468      |
| 8        | ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )                | 4,000.00       | 32,000      |
| 8        | ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA ) | 1,550.00       | 12,400      |

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 año.

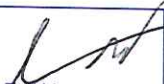



Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO           | VALOR NETO    | 83,268 |
| DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 83,268 |
| LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308            | IVA           | 15,821 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 99,089 |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-10-2014 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        | DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110            | 5,300.00       | 5,300       |
| 1        | DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100 | 5,078.00       | 5,078       |
| 1        | DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D   | 9,675.00       | 9,675       |
| 3        | ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )                | 4,000.00       | 12,000      |
| 1        | ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER             | 8,448.00       | 8,448       |

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.



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 : 421103 MATERIAL DE ASEO           | VALOR NETO    | 40,501 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 40,501 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188 | IVA           | 7,695  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 48,196 |

SON : CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS

|  |                                |                  |   |
|--|--------------------------------|------------------|---|
| Emitted por  | Solicitado por <i>Acto 108</i> | V°B° presupuesto | V°B° Contador  |
|--|--------------------------------|------------------|---|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | DANZARINAS 35X35 ( WINZA )                 | 210.00         | 2,100       |
| 10       | ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )               | 4,000.00       | 40,000      |
| 5        | MOPA HOGAR C/MANGO ( WINZA )               | 1,700.00       | 8,500       |
| 1        | PORTAMOPA HUMEDO METALICO M/FIERRO (WINZA) | 3,500.00       | 3,500       |
| 2        | REMOVEDOR DE CERAS ENV.20 LTS. WINZA-092   | 20,572.00      | 41,144      |

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.

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO

DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS


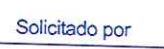

LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040


FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO TRECE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS

VALOR NETO 95,244  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 95,244  
IVA 18,096  
TOTAL FACTURA 113,340

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 01-10-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21014-4

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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



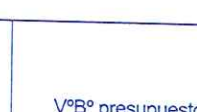

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS. | 6,371.00       | 6,371       |

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.  
 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO              | VALOR NETO    | 6,371 |
| DESTINO : CASA MARLIT                         | DESCUENTO 0.0 | 0     |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                      | SUB-TOTAL     | 6,371 |
| LUGAR ENTREGA : MARLIT 542                    | IVA           | 1,210 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA             | TOTAL FACTURA | 7,581 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO           |               |       |
| MON : SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS |               |       |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emtido por | <br>Solicitado por | <br>VºBº presupuesto | <br>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  
 O COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 21014-4

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS | 15,218.00      | 30,436      |

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.  
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 : 421103 MATERIAL DE ASEO         | VALOR NETO    | 30,436 |
| DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                 | SUB-TOTAL     | 30,436 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140         | IVA           | 5,783  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 36,219 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------|----------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21014-4

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS. | 6,371.00       | 12,742      |
| 6        | PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS          | 15,218.00      | 91,308      |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO         | VALOR NETO    | 104,050 |
| DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                 | SUB-TOTAL     | 104,050 |
| LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280      | IVA           | 19,770  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 123,820 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | ren 168        |                  |               |
| 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: 01-10-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPOCHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 21014-4

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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




| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS. | 6,371.00       | 12,742      |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO             | VALOR NETO    | 12,742 |
| DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II              | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                     | SUB-TOTAL     | 12,742 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040          | IVA           | 2,421  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA            | TOTAL FACTURA | 15,163 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO          |               |        |
| MON : QUINCE MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS |               |        |

|  |                       |   |  |
|--|-----------------------|---|--|
| <br>Entido por | 168<br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|-----------------------|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 01-10-2014

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 01-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 | 7,760.00       | 15,520      |

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 FONON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|                                   |               |        |
|-----------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  | VALOR NETO    | 15,520 |
| DESTINO : CASA MARLIT             | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS          | SUB-TOTAL     | 15,520 |
| LUGAR ENTREGA : MARLIT 542        | IVA           | 2,949  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 18,469 |

SON : DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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 USTEDS 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

FECHA:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 01-10-2014

sírvase despachar

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


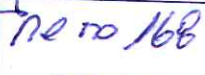
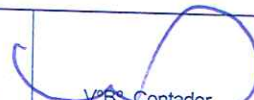

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 20       | PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR | 7,760          | 155,200     |
| 7        | SABANILLAS CLINIC DESECHABLE X 12 ROLLOS                         | 17,990         | 125,930     |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO   | VALOR NETO    | 281,130 |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS   | SUB-TOTAL     | 281,130 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611   | IVA           | 53,415  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA | 334,545 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                      |               |         |
| MON : TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

072880

8x

01-10-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

FECHA:

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 01-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 10       | TDALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS | 5,654          | 56,540      |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO                          | VALOR NETO    | 56,540 |
| DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.             | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                  | SUB-TOTAL     | 56,540 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140                | IVA           | 10,743 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                         | TOTAL FACTURA | 67,283 |
| FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO       |               |        |
| MON : SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS |               |        |

|            |                |                  |               |
|------------|----------------|------------------|---------------|
|            | 168            |                  |               |
| Entido por | Solicitado por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-10-2014

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

de Fecha 01-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 | 7,760.00       | 77,600      |
| 8        | TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS                  | 5,654.00       | 45,232      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 122,832  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 122,832  
 IVA 23,338  
 TOTAL FACTURA 146,170

MON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): **MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049**

FECHA:

Dirección: **MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO**

At.: Sr.: **ALEJANDRO ESPINOZA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **01-10-2014**

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 6        | PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR | 7,760          | 46,560      |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR NETO    | 46,560 |
| DESCUENTO 0.0 | 0      |
| SUB-TOTAL     | 46,560 |
| IVA           | 8,846  |
| TOTAL FACTURA | 55,406 |

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINDZA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR | 7,760          | 77,600      |
| 5        | TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS                  | 6,980          | 34,900      |

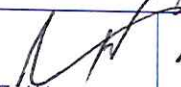
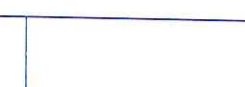
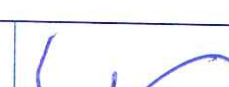
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO  | VALOR NETO    | 112,500 |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS          | SUB-TOTAL     | 112,500 |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651   | IVA           | 21,375  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 133,875 |

MON : CIENTO TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



FECHA: 01-10-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR | 5,460.00       | 27,300      |
| 10       | TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS                  | 6,980.00       | 69,800      |

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 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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO           | VALOR NETO    | 97,100  |
| DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 97,100  |
| LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308            | IVA           | 18,449  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 115,549 |

MON : CIENTO QUINCE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

|                                |                |                  |               |
|--------------------------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por<br><i>Anew 168</i> | Solicitado por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|--------------------------------|----------------|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR  


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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 | 7,760.00       | 31,040      |
| 2        | TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS                  | 6,980.00       | 13,960      |

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.  
 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO                         | VALOR NETO    | 45,000 |
| DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II                          | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                 | SUB-TOTAL     | 45,000 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040                      | IVA           | 8,550  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                        | TOTAL FACTURA | 53,550 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                      |               |        |
| MONTON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS |               |        |

 Expedido por  
 Solicitado por  
 V°B° presupuesto  
 V°B° Contador

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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<br>( CAJA 18 PQS. ) | 13,860.00      | 55,440      |

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.  
 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO                               | VALOR NETO    | 55,440 |
| DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL                          | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                       | SUB-TOTAL     | 55,440 |
| LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207                             | IVA           | 10,534 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                              | TOTAL FACTURA | 65,974 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                            |               |        |
| MONTO : SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS |               |        |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es) EASY SA. 966717505

Dirección: AV. FRANCISCO BILBAO 8750

Teléfono: 3362305

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        | LATEX EXTRACUBRIENTE BLANCO TINETA      | 43,200.00      | 86,400      |
| 3        | BASE ESMALTE AGUA P PASTEL 1 GALON      | 14,118.00      | 42,354      |
| 4        | BASE ESMALTE AGUA U INTERMEDIO 1 GALON  | 14,118.00      | 56,472      |
| 5        | BASE PIEZA FACH MODA COL FUERTA 1/4GL   | 7,471.00       | 37,355      |
| 1        | BASE PIEZA FACHADA MEDIA 1/4 GALON      | 6,126.00       | 6,126       |
| 9        | ESMALTE AGUA SEMIBRILLO BASE 1 GL       | 13,118.00      | 118,062     |
| 6        | SET BROCHAS 1+2+3                       | 1,588.00       | 9,528       |
| 6        | BANDEJA CHICA P/PINTURA LIZCAL          | 916.00         | 5,496       |
| 5        | CINTA ENMASCARAR ALTE 25 MM X 40 MT     | 748.00         | 3,740       |
| 3        | SET MINI ROLLER 4 PIEZAS                | 2,092.00       | 6,276       |
| 4        | RODILLO TERMOFUSIONADO FIBRA 6 MM 12 CM | 1,588.00       | 6,352       |
| 3        | BROCHA 1 CONDECORA MANGO MADERA         | 756.00         | 2,268       |
| 3        | BROCHA 2 CONDECORA MANGO MADERA         | 1,008.00       | 3,024       |
| 1        | ESMALTE MORADO SPRAY 485 ML             | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMLATE CELESTE SPRAY 485 ML            | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE VERDE ESMERALDA SPRAY 485 ML    | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE VERDE OSCURO SPRAY 485 ML       | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE AZUL OSCURA SPRAY 485 ML        | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE NARANJA SPRAY 485 ML            | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE AMARILLO SPRAY 485 ML           | 2,008.00       | 2,008       |
| 2        | ESMALTE BLANCO OPACO SPRAY 485 ML       | 2,008.00       | 4,016       |
| 1        | ESMALTE AZUL PACIFIC SPRAY 485 ML       | 2,008.00       | 2,008       |
| 1        | ESMALTE AGUA SIPA BLANCO 1 GL           | 14,118.00      | 14,118      |

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

|               |         |
|---------------|---------|
| VALOR NETO    | 417,651 |
| DESCUENTO 0.0 | 0       |
| SUB-TOTAL     | 417,651 |
| IVA           | 79,354  |
| TOTAL FACTURA | 497,005 |

MON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 18       | SOPORTE PARA PROYECTOR CON JAULA SEGURIDAD | 46,860.00      | 843,480     |
| 6        | EXTENSION DE SOPORTE                       | 9,900.00       | 59,400      |
| 18       | CABLES VGA 15 METROS CON FERRITA           | 15,900.00      | 286,200     |
| 252      | METROS DE CANALETA 40 X 16                 | 1,690.00       | 425,880     |
| 18       | CABLES SVT 15 MT P/ENERGIA AL DATA         | 11,200.00      | 201,600     |
| 18       | CAJA CHUQUI PARA ENERGIA CON TAPAS         | 1,990.00       | 35,820      |
| 18       | KIT PERNOS DE ANCLAJE 20 ROSCALATAS        | 5,900.00       | 106,200     |
| 18       | MANO DE OBRA SERVICIO DE INSTALACION       | 48,800.00      | 878,400     |

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.



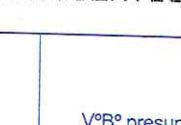
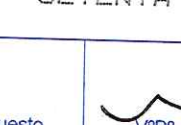
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B  
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,836,980  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 2,836,980  
IVA 539,026  
TOTAL FACTURA 3,376,006

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTON : TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEIS PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emisor por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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.

072871

01-10-2014

FECHA:

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA LIBERONA S.A. 760074748

Dirección: SANTA MONICA N° 03550 PARQUE IND. PUERTA

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        | ESCRITORIO 1200 600 X 750 MM                         | 74,015.00      | 148,030     |
| 3        | CAJONERA CON RUEDAS 450 X 480 X 700 MM               | 111,427.00     | 334,281     |
| 2        | ESTANTE BAJO CON DOS PUERTAS                         | 116,858.00     | 233,716     |
| 1        | ESTANTE BAJO CON 4 CAJONES KARDEX (CAPETA COLG ANTE) | 208,888.00     | 208,888     |

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 : 122104 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE SALUD | VALOR NETO    | 924,915   |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO                | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                      | SUB-TOTAL     | 924,915   |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611               | IVA           | 175,734   |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 1,100,649 |

MONTO : UN MILLON CIENTO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

|             |                                |                  |               |
|-------------|--------------------------------|------------------|---------------|
| Emitted por | Solicitado por <i>nemo 824</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.

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

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.


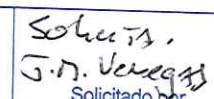
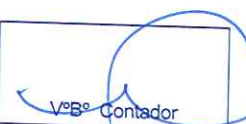
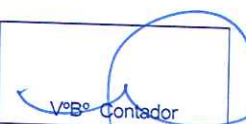
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | HP PRODESK 400 GI CORE i3-4130 4GB/500GB DVDRW FREE | 354,900.00     | 709,800     |

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 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 : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA                             | VALOR NETO    | 709,800 |
| DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA   | SUB-TOTAL     | 709,800 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  | IVA           | 134,862 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 844,662 |
| VALOR : OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS 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  
 O COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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

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

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



| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 2        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 57,143      |


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 : 425119 GASTOS MENORES                              | VALOR NETO    | 57,143 |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE                             | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                   | SUB-TOTAL     | 57,143 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960                         | IVA           | 10,857 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                           | TOTAL FACTURA | 68,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                         |               |        |
| MON : SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS |               |        |

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------|----------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **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): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 2        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 36,975      |
| 1        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |

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


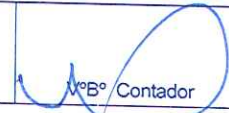
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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 : 425119 GASTOS MENORES  
 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  
 MONTO : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 65,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,546  
 IVA 12,454  
 TOTAL FACTURA 78,000

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 1        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 18,487      |
| 1        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |


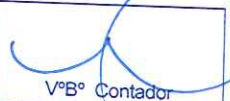
Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
 Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
 Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
 Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
 Orden de compra valida por 15 dias corridos a 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        | : 425119 GASTOS MENORES             | VALOR NETO    | 54,622 |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA    | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                         | SUB-TOTAL     | 54,622 |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280               | IVA           | 10,378 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                 | TOTAL FACTURA | 65,000 |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |               |        |

MONTO : SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------|----------------------|--|

  
 AUTORIZABA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

072866

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 2        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 36,975      |
| 1        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |

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 : 425119 GASTOS MENORES  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 65,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,546  
 IVA 12,454  
 TOTAL FACTURA 78,000

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------|----------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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.

072865

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401  
 Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en lugar de entrega \*\***

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 1        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 18,487      |
| 2        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 72,269      |

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

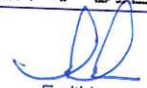
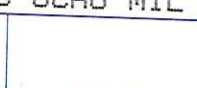


Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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.-

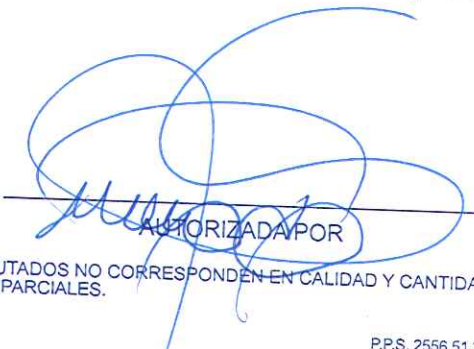
|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 425119 GASTOS MENORES      | VALOR NETO    | 90,756  |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL     | 90,756  |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651     | IVA           | 17,244  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 108,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |               |         |

MONTO : CIENTO OCHO MIL PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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.

072864

FECHA: 01-10-2014

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 **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        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |
| 1        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

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 : 425119 GASTOS MENORES VALOR NETO 64,706  
 DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 64,706  
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308 IVA 12,294  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 77,000

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

FECHA: 01-10-2014

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 **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        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

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


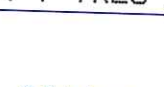


Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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  
 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 : CUARENTA Y TRES MIL PESOS

VALOR NETO 36,134  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 36,134  
 IVA 6,866  
 TOTAL FACTURA 43,000

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

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 **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        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |
| 1        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

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    | 64,706 |
| DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II                                  | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     | 64,706 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040                              | IVA           | 12,294 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                                | TOTAL FACTURA | 77,000 |
| CONDICION : SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS |               |        |

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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.

072861

FECHA: 01-10-2014

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 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        | CARGA DE GAS CLASICO 15 KG |                |             |
| 1        | CARGA DE GAS CLASICO 11 KG | 17,260.50      | 17,261      |
| 2        | CARGA DE GAS CLASICO 5 KG  | 13,058.82      | 13,059      |
|          |                            | 7,831.93       | 15,664      |

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.

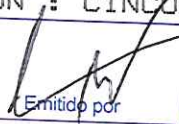
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS  
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 45,983  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 45,983  
IVA 8,737  
TOTAL FACTURA 54,720

MON : CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

|   |                                   |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|
| <br>Emitido por | <i>Nero 797</i><br>Solicitado por | <input type="checkbox"/><br>V°B° presupuesto | <input checked="" type="checkbox"/><br>V°B° Contador |
|---|-----------------------------------|--|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 01-10-2014

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
| 2        | CARGA DE GAS CLASICO 11 KG | 13,058.82      | 26,118      |
| 1        | CARGA DE GAS CLASICO 5 KG  | 7,831.93       | 7,832       |

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

VALOR NETO 33,950  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 33,950  
IVA 6,450  
TOTAL FACTURA 40,400

MONTO : CUARENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503  
 FECHA: 01-10-2014

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
| 2        | CARGA DE GAS CLASICO 15 KG | 17,260.50      | 34,521      |
| 1        | CARGA DE GAS CLASICO 5 KG  | 7,831.93       | 7,832       |

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 : 425104 GASTOS DEL DIRECTORIO  
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 42,353  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 42,353  
 IVA 8,047  
 TOTAL FACTURA 50,400

MON : CINCUENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

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 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        | CARGA DE GAS CLASICO 45 KG | 42,504.20      | 42,504      |
| 1        | CARGA DE GAS CLASICO 15 KG | 17,260.50      | 17,261      |
| 1        | CARGA DE GAS CLASICO 11 KG | 13,058.82      | 13,059      |

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

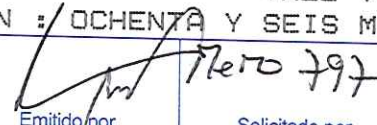
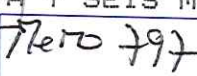


Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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.-

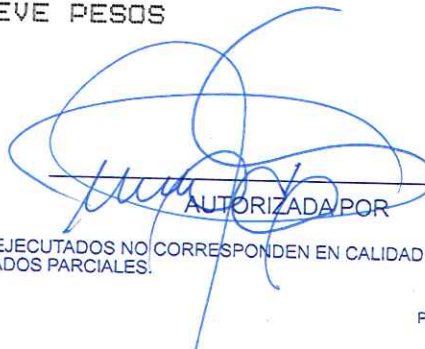
|                                      |               |        |
|--------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 423104 GAS                  | VALOR NETO    | 72,824 |
| DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA            | SUB-TOTAL     | 72,824 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140     | IVA           | 13,836 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA    | TOTAL FACTURA | 86,660 |

MONTO : OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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): 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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 9        | (35094) COLUMBIA SHEEP BLOD 10 PLT. | 5,991.00       | 53,919      |
| 1        | (72013) ARTHRI-SLIDEX 100 DET.      | 62,010.00      | 62,010      |

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.



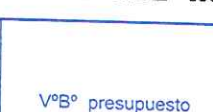



Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.

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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|   |               |         |
|---|---------------|---------|
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS                                  | VALOR NETO    | 115,929 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA   | SUB-TOTAL     | 115,929 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140                                    | IVA           | 22,027  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                                   | TOTAL FACTURA | 137,956 |
| SON : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS |               |         |

|   |   |   |  |   |   |
|---|---|---|--|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador | <br>PROVEEDOR | <br>AUTORIZADA POR |
|---|---|---|--|---|---|

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 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        | MESA CASINO RECTANGULAR CON BASE DESARMABLE | 178,000.00     | 178,000     |
| 12       | SILLA PARA CASINO MODELO ISO PP             | 14,800.00      | 177,600     |

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        | : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA | VALOR NETO    | 355,600 |
| DESTINO       | : CENTRO VIDA ADULTA                      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                               | SUB-TOTAL     | 355,600 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 8960                     | IVA           | 67,564  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 423,164 |

MONTO: CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO 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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

12-X

072855

FECHA: 01-10-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sirvase 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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 240      | EASYDEX NARANJA 75 G. CAJA x 24 UN.           | 670.00         | 160,800     |
| 5        | TIRAS REACTIVAS URIGHT TD-4251, CAJA x 50 UN. | 9,000.00       | 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 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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 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 |

MONTO : DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 01-10-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At: Sr:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 12       | ALCOHOL 70* FRASCO x LITRO, CAJA x 12          |                |             |
| 20       | GUANTE DE PROCED. VINILO NO ESTER. TALLA "M"   | 1,420.00       | 17,040      |
| 5        | GUANTE DE PROCED. VINILO NO ESTER. TALLA "S"   | 1,500.00       | 30,000      |
| 1        | MARIPOSA O SCALP VEIN 23G x 3/4 CAJA x 100 UN. | 1,500.00       | 7,500       |
| 1        | RECOLECTOR DE ORINA PEDIATRICO AUTOADH. 100ML  | 4,500.00       | 4,500       |
| 20       | PARCHE CURITA CAJA x 100 UN.                   | 4,500.00       | 4,500       |
|          |  | 700.00         | 14,000      |

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 EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO | VALOR NETO    | 77,540 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO             | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 77,540 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140         | IVA           | 14,733 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 92,273 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO      |               |        |

MONTO : NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitted por | Solicitada 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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 3,000    | AGUJA MULTIPLE 21G x 1 1/2" (COLOR VERDE) CJ/100   | 45.00          | 135,000     |
| 100      | ADAPTADOR LUER (COLOR AZUL) CJ/100   | 95.00          | 9,500       |
| 500      | TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 9 ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION TAM.: 16 x 100mm. RACK x 50   | 65.00          | 32,500      |
| 20       | CAJA P/MATERIAL CORTOPUNZANTE GRANDE UN.   | 580.00         | 11,600      |
| 10       | MASCARILLA C/ELASTICO BLANCA 3 PLI. CJ/100   | 1,200.00       | 12,000      |
| 2,000    | TUBO PET, TAPA PULL CAP LILA 3ml. EDTAK3. TAM.: 13 x 75mm. RACK x 50                             | 55.00          | 110,000     |
| 500      | TUBO PET, TAPA PULL CAP GRIS 4ml. FLUORURO DE SODIO/EDTA-K3. TAM.: 13 x 75mm. RACK x 50          | 60.00          | 30,000      |
| 100      | MINICOLLET TAPA ROJA 1ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION TAM.: 11 x 40mm. RACK x 100            | 135.00         | 13,500      |
| 3,000    | TUBO PET, TAPA PULL CAP VERDE 4ml. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR. TAM.: 13 x 75mm. RACK x 50 | 77.00          | 231,000     |

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 EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO | VALOR NETO    | 585,100 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO             | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 585,100 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140         | IVA           | 111,169 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 696,269 |

MONTO : SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

|           |                |                  |               |
|-----------|----------------|------------------|---------------|
|           |                |                  |               |
| Emite por | Solicitada por | VºBº presupuesto | VºBº Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 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        | SUERO ANTI A, FRASCO x 10 ml.  | 4,200.00       | 4,200       |
| 1        | SUERO ANTI B, FRASCO x 10 ml.  | 4,200.00       | 4,200       |
| 1        | SUERO ANTI AB, FRASCO x 10 ml. | 4,200.00       | 4,200       |
| 1        | SUERO ANTI D, FRASCO x 10 ml.  | 6,000.00       | 6,000       |

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 EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|                                    |               |        |
|------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 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 |

MONTO : VEINTIDOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS

|                                |                                   |                  |               |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|
| Emitted por <i>[Signature]</i> | Solicitada por <i>[Signature]</i> | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


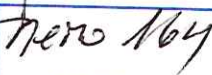


| CANTIDAD | DESCRIPCION                            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | IVATEC ROTA STRIP ROTA VIRUS x 20 DET. | 28,000.00      | 28,000      |

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 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 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS                | VALOR NETO    | 28,000 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO                      | 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 |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

2351032

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 2        | SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TET (FOB) | 29,250.00      | 58,500      |

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 FON: 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  
 MON : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

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

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): TECNIGEN S. A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | STA NEOPLASTINE CI PLUS 5, 6 x 5 ML.                      | 45,198.00      | 45,198      |
| 1        | STA CEPHASCREEEN 4, 12 x 4ML.                             | 188,338.00     | 188,338     |
| 2        | STA COAG CONTROL N+P, 12 x 2 x 1 ML.                      | 156,420.00     | 312,840     |
| 2        | MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1L.               | 17,286.00      | 34,572      |
| 1        | TABLETAS TAMPON P/PREP. SOLN. PH SEG/WEISE MERCK 100 TAB. | 43,000.00      | 43,000      |

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. -             |  | VALOR NETO    | 623,948 |
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS                                      |  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO  |  | SUB-TOTAL     | 623,948 |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA   |  | IVA           | 118,550 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  |  | TOTAL FACTURA | 742,498 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                                       |  |               |         |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                     |  |               |         |
| MON : SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS |  |               |         |

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS           | 8,545.00       | 8,545       |
| 1        | CEFOTAXIME (CTX) 30ug, 250 DISCOS           | 8,545.00       | 8,545       |
| 1        | NITROFURANTOINA (F) 300ug, 250 DISCOS       | 8,545.00       | 8,545       |
| 1        | CEFEPIME (FEP) 30ug, 250 DISCOS             | 8,545.00       | 8,545       |
| 100      | TORULA C/MEDIO CARY BLAIR, 50 UN.           | 240.00         | 24,000      |
| 1        | SHIGELLA SONNEI GROUP D ATCC(R) 25931 (TM*) | 109,000.00     | 109,000     |

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 EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  | VALOR NETO    | 167,180 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO        | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL     | 167,180 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140    | IVA           | 31,764  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 198,944 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |               |         |

SON : CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 164<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): SOVIQUIM LTDA. 781169706

Dirección: FEDERICO GALLARDO 2529

Teléfono: 7738639

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

| CANTIDAD   | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO     | TOTAL VALOR      |
|------------|--|--------------------|------------------|
| 1<br>1,000 | PLACA PETRI PLAST 90mm. ESTERIL 500 UND.<br>TUBO ENSAYO KHAN PLASTICO POLIESTIRENO | 36,520.00<br>15.00 | 36,520<br>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


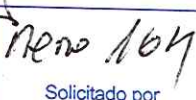
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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    | 51,520 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO        | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL     | 51,520 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140    | IVA           | 9,789  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 61,309 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |               |        |

SON : SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR 

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

FECHA: 01-10-2014

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO        | TOTAL VALOR       |
|----------|--|-----------------------|-------------------|
| 1        | ENTEROCLON ANTI-SALMONELLA D (1 ML.)                   |                       |                   |
| 1        | TUBO ENSAYO DE VIDRIO 13 x 100MM x 250 UN.             | 28,900.00             | 28,900            |
| 2        | TORULAS ASTA MADERA-PUNTA ALGODON ESTERIL x 10<br>Ø UN | 12,900.00<br>5,200.00 | 12,900<br>10,400  |
| 1        | REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1 L.               |                       |                   |
| 20       | CUBREOBJETOS 22 x 22 MM x 100 UN.                      | 12,900.00             | 12,900            |
| 20       | TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28ML (NA-CIT) x 100 U<br>N.   | 1,700.00<br>21,500.00 | 34,000<br>430,000 |

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

DESTINO : LABORATORIO BASICO

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

|               |         |
|---------------|---------|
| VALOR NETO    | 529,100 |
| DESCUENTO 0.0 | 0       |
| SUB-TOTAL     | 529,100 |
| IVA           | 100,529 |
| TOTAL FACTURA | 629,629 |

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por | Solicitado por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|             | Nemo 164       |                  |               |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.                   | 117,710.00     | 117,710     |
| 3        | BIL-D GEN. 2, 350 TEST COBAS C INTEGRA       | 32,104.00      | 96,312      |
| 6        | BIL-T DPD GEN. 2, 250 TESTS, COBAS C         | 35,000.00      | 210,000     |
| 10       | COBAS C INTEGRA HDL-C GEN. 3, 200 TESTS      | 111,368.00     | 1,113,680   |
| 4        | COLESTEROL TOTAL COBAS C                     | 22,104.00      | 88,416      |
| 3        | CREATININA JAFFE GEN. 2 COBAS C 700 TESTS    | 24,032.00      | 72,096      |
| 3        | FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN. 2 COBAS INTEGRA | 31,592.00      | 94,776      |
| 4        | GGT2 GEN. 2 COBAS INTEGRA 400 TESTS          | 36,600.00      | 146,400     |
| 4        | GLUCOSA HK COBAS C 800 TESTS                 | 71,416.00      | 285,664     |
| 2        | AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TESTS              | 47,368.00      | 94,736      |
| 2        | ALTL COBAS INTEGRA 500 TESTS                 | 47,368.00      | 94,736      |
| 6        | TRIGLICERIDO COBAS INTEGRA 250 TESTS         | 69,528.00      | 417,168     |
| 7        | ALB-T TQ GEN. 2, 100 TESTS, COBAS C INTEGRA  | 96,280.00      | 673,960     |
| 3        | NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA                   | 8,622.00       | 25,866      |
| 1        | SMS CLEAN COBAS C                            | 7,103.00       | 7,103       |
| 5        | TINA QUANT HbA1c GEN. 3, 150 TESTS, COBAS    | 244,344.00     | 1,221,720   |
| 1        | HbA1c TQ HEMOLIZANTE RGT COBAS C             | 49,728.00      | 49,728      |
| 8        | ELECSYS TSH 200 TESTS                        | 263,963.00     | 2,111,704   |

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

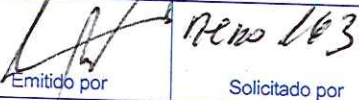



No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 6,921,775  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 6,921,775  
IVA 1,315,137  
TOTAL FACTURA 8,236,912

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

AUTORIZADA POR



FECHA: 01-10-2014

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.


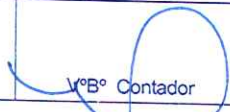
| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 8        | CONT. MUESTRAS (PP) 120ML. ESTERIL T/ROS-R x 250 UN.   | 34,000.00      | 272,000     |
| 1        | COLECTOR DE ORINA PEDIATRICO 100ML. x 100 UN.          | 15,000.00      | 15,000      |
| 2        | PUNTAS AMARILLA 2-200UL, UNIVERSAL (CORONA) x 1000 UN. | 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 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. - |  | VALOR NETO    | 312,600 |
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO                    |  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO                                |  | SUB-TOTAL     | 312,600 |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                   |  | IVA           | 59,394  |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140                            |  | TOTAL FACTURA | 371,994 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                           |  |               |         |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                         |  |               |         |

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

|   |                            |                      |  |
|---|----------------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | Nero 162<br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP                   | 114,931.00     | 574,655     |
| 1        | KOVA TROL 2 (ANORMAL BAJO) 10 x 60 ML.           | 155,406.00     | 155,406     |
| 1        | KOVA TROL 3 (NORMAL) 4 x 15 ML.                  | 64,391.00      | 64,391      |
| 3        | ACIDO URICO GEN. 2 COBAS INTEGRA                 | 33,560.00      | 100,680     |
| 2        | ALBUMINA GCG GEN. 2 COBAS C 300 TESTS            | 23,536.00      | 47,072      |
| 1        | CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS                   | 27,480.00      | 27,480      |
| 1        | FOSFORO GEN. 2 COBAS INTEGRA 250 TETS            | 19,584.00      | 19,584      |
| 5        | COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS                  | 46,160.00      | 230,800     |
| 1        | PROTEINA C REACTIVA CRP GEN 3, 250 TESTS COBAS C | 131,333.00     | 131,333     |
| 1        | ELECSYS FSH 100 TESTS                            | 176,190.00     | 176,190     |
| 3        | ELECSYS PSA GEN. 2.1                             | 274,533.00     | 823,599     |
| 2        | ELECSYS PRECLEAN M                               | 145,830.00     | 291,660     |
| 2        | ELECSYS CLEAN-CELL M 2 x 2 L.                    | 85,806.00      | 171,612     |
| 2        | ELECSYS PROCELL M 2 x 2 L.                       | 85,806.00      | 171,612     |
| 1        | KOMBI RACK Mod/e601, KIT                         | 257,740.00     | 257,740     |
| 2        | ELECSYS T4 LIBRE 200 TESTS                       | 249,522.00     | 499,044     |

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    | 3,742,858 |
| DESTINO : LABORATORIO BASICO       | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA          | SUB-TOTAL     | 3,742,858 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140   | IVA           | 711,143   |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA | 4,454,001 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON / CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

072842

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): PROCESOS SANITARIOS S.A. 966977108

Dirección: CERRO EL ROBLE 9661

Teléfono: 7471009

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 3        | CONTENEDOR P/CORTOPUNZANTE PRO-6 (PACK x 24) | 51,048.00      | 153,144     |


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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO | VALOR NETO    | 153,144 |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO          | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 153,144 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611         | IVA           | 29,097  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 182,241 |

SON : CIENTO OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

|  |                    |                  |               |
|--|--------------------|------------------|---------------|
|  Emiso por | 929 Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|--|--------------------|------------------|---------------|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072841

FECHA: 01-10-2014

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 **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        | BACITRACINA TAXO (A) 0.04 u, 50 sd                   | 6,752.00       | 6,752       |
| 1        | CEFTAZIDIMA/AC. CLAV. (CTA) 30/10 mcg; FRASCO        | 6,752.00       | 6,752       |
| 2        | COMBI-PL AGAR DERMAT/SABOUR CAF 10 Un. 9 cm. K<br>IT | 11,660.00      | 23,320      |

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.

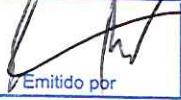



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 36,824  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 36,824  
IVA 6,997  
TOTAL FACTURA 43,821

SON : CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Teléfono:

**\*\* 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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 200      | TARJETA DE VISITAS CON LOGO EN RELIEVE | 90.00          | 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.

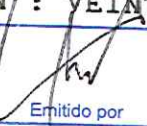
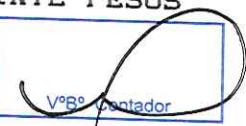
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

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

|  |                                |                  |   |
|--|--------------------------------|------------------|---|
| Emitido por  | Solicitada por <i>Nemo 166</i> | 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, 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        | PAD MOUSE DE COLORES LISOS | 568.00         | 2,840       |
| 5        | TECLADO                    | 2,288.00       | 11,440      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |        |
|---------------|---|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI | VALOR NETO    | 14,280 |
| DESTINO       | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 14,280 |
| LUGAR ENTREGA | : TOMAS MORO 1651                         | IVA           | 2,713  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 16,993 |

MON : DIECISEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID. | 2,085.00       | 2,085       |
| 20       | DVD-R SONY 4.7 GB 8X STANDARD          | 305.00         | 6,100       |
| 6        | MOUSE CON SCROLL USB                   | 1,890.00       | 11,340      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


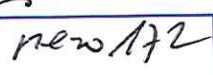


ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI      | VALOR NETO    | 19,525 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                 | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                              | SUB-TOTAL     | 19,525 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188            | IVA           | 3,710  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                     | TOTAL FACTURA | 23,235 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                   |               |        |
| SON : VEINTITRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS |               |        |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 02-10-2014

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° 3

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


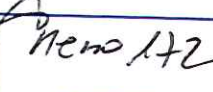


| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | CAJA COMPAC DISC, REGRABABLE 10 U X IMATION | 933.00         | 933         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 933           |
| DESTINO       | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                       | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                        | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | TOTAL FACTURA |
|               | SON : UN MIL CIENTO DIEZ PESOS                      | 1,110         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


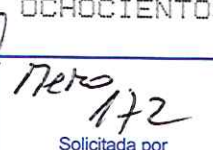
| CANTIDAD | DESCRIPCION              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 6        | CD VERBATIM GRABABLE     | 225.00         | 1,350       |
| 6        | DVD-R IMATION 4.7 GB 16X | 311.00         | 1,866       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |                     |
|---------------|---|---------------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 3,216               |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II                             | DESCUENTO 0.0 0     |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | SUB-TOTAL 3,216     |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040                               | IVA 611             |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | TOTAL FACTURA 3,827 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTISIETE PESOS

|   |   |                  |               |
|---|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|---|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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° 3

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


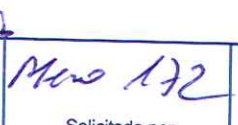


| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 101X34 MM. ADETEC 10 H<br>140 ETIQ. | 1,080.00       | 4,320       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 4,320         |
| DESTINO       | : CENTRO DE APRENDIZAJE                             | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 8960                               | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | 4,320         |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | IVA           |
|               | SON : CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS          | 821           |
|               |   | TOTAL FACTURA |
|               |   | 5,141         |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

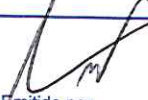
At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 20       | DVD-R IMATION 4.7 GB 16X | 311.00         | 6,220       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 6,220         |
| DESTINO       | : ADMINISTRACION CASA CENTRAL                       | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : REYES LAVALLE 3207                                | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | 6,220         |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | IVA           |
|               | SON : SIETE MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS             | TOTAL FACTURA |
|               |   | 7,402         |

|  |                      |                  |               |
|--|----------------------|------------------|---------------|
|  | <i>Renzo A. J. 2</i> |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por       | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

072943

FECHA: 02-10-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

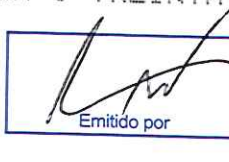
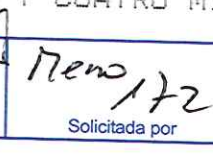
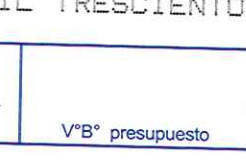
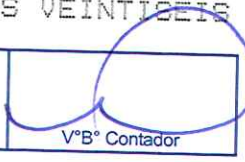
De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------|----------------|-------------|
| 40       | CD IMATION GRABABLE | 187.00         | 7,480       |
| 5        | PAD MOUSE GEL 3M    | 1,250.00       | 6,250       |
| 5        | PEN DRIVER 4 GB     | 3,023.00       | 15,115      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO     | 28,845        |
| DESTINO       | : ADMINISTRACION CASA CENTRAL                           | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : REYES LAVALLE 3207                                    | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                     | 28,845        |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                     | IVA           |
|               | SON : TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS | TOTAL FACTURA |
|               |   | 34,326        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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


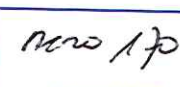
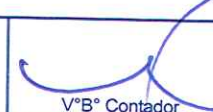
| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 15       | AZUCAR 1KG IANSA                    | 592            | 8,880       |
| 10       | TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100 | 2,555          | 25,550      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 MON : CUARENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 34,430  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 34,430  
 IVA 6,542  
 TOTAL FACTURA 40,972

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

072941

FECHA:

02-10-2014

Señor(es):

Dirección: PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Teléfono:

8206290

At.: Sr.: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                               | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 6        | AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR | 444            | 2,664       |
| 12       | AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR  | 360            | 4,320       |
| 20       | CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.         | 2,738          | 54,760      |
| 24       | COCA-COLA LIGHT 1500 CC POR UNIDAD        | 732            | 17,568      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.





**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 79,312  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 79,312  
IVA 15,069  
TOTAL FACTURA 94,381

MONTO : NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°11

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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      | 1,550          | 12,400      |
| 1        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3 | 1,524          | 1,524       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                              |               |        |
|---|------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 13,924 |
| DESTINO   | : CASA MARLIT                | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA                                     | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 13,924 |
| LUGAR ENTREGA                                     | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 2,646  |
| FORMA DE PAGO                                     | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 16,570 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO               |                              |               |        |
| MONTANTO : DIECISEIS MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS |                              |               |        |

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N°1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

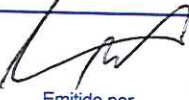
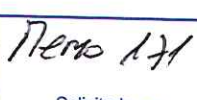
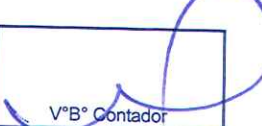
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 6        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE         |                |             |
| 4        | CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA | 913            | 5,478       |
| 4        | PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.               | 755            | 3,020       |
| 2        | PILAS AAA x 4                              | 465            | 1,860       |
|          |  | 1,434          | 2,868       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA                | VALOR NETO    | 13,226 |
| DESTINO : CASA MARLIT                              | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                           | SUB-TOTAL     | 13,226 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611                   | IVA           | 2,513  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                  | TOTAL FACTURA | 15,739 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                |               |        |
| SON : QUINCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS |               |        |

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°11 de Fecha 02-10-2014 Sírvasse despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


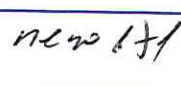

| CANTIDAD | DESCRIPCION                              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 6        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3 | 1,524          | 9,144       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                               |               |        |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA  | VALOR NETO    | 9,144  |
| DESTINO       | : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 9,144  |
| LUGAR ENTREGA | : RIO LOA 8350                | IVA           | 1,737  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 10,881 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : DIEZ MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: **CAROLINA FUENZALIDA**  
 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. de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION                           | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------------|----------------|-------------|
| 6        | CORCHETERA TORRE B7                   |                |             |
| 24       | PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES | 5,031          | 30,186      |
| 12       | PILAS AAA x 4                         | 1,527          | 36,648      |
|          |                                       | 1,434          | 17,208      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                       |               |         |
|---------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA   | VALOR NETO    | 84,042  |
| DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS              | SUB-TOTAL     | 84,042  |
| LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350          | IVA           | 15,968  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 100,010 |
| MON : CIEN MIL DIEZ PESOS             |               |         |

|   |                            |                  |               |
|---|----------------------------|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | Memo 171<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|----------------------------|------------------|---------------|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


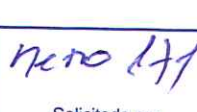
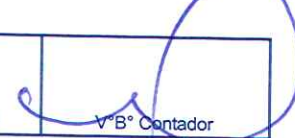
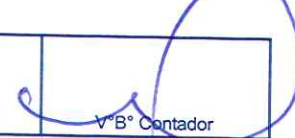
| CANTIDAD | DESCRIPCION                              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel        | 235.00         | 235         |
| 2        | CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.     | 375.00         | 750         |
| 20       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA      | 1,550.00       | 31,000      |
| 1        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3 | 1,524.00       | 1,524       |
| 1        | TIJERAS GRANDE                           | 450.00         | 450         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTON : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS

VALOR NETO 33,959  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 33,959  
IVA 6,452  
TOTAL FACTURA 40,411

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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°1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.         | 125            | 125         |
| 20       | CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS                   | 145            | 2,900       |
| 10       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH) | 690            | 6,900       |
| 3        | CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X 40 MT. BLANCA       | 755            | 2,265       |
| 20       | CLIPS GRANDE 80 MM.                               | 464            | 9,280       |
| 1        | CUCHILLO CARTONERO                                | 85             | 85          |
| 1        | ELASTICO X KILO                                   | 2,142          | 2,142       |
| 20       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL                 | 93             | 1,860       |
| 20       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO                | 93             | 1,860       |
| 10       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO                 | 93             | 930         |
| 5        | LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE          | 373            | 1,865       |
| 3        | PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS                | 5,360          | 16,080      |
| 4        | STICK FIX 40 gr. UHU                              | 618            | 2,472       |
| 4        | TACO BLANCO 9X9 CM.                               | 319            | 1,276       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.


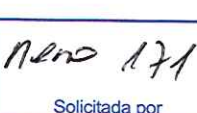
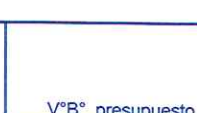

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                              |               |        |
|--|------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA   | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 50,040 |
| DESTINO  | : CENTRO IMAGENOLOGÍA        | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 50,040 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611-A         | IVA           | 9,508  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 59,548 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                          |                              |               |        |
| MON : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS |                              |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010


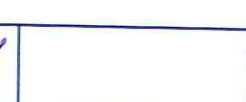


At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°11 de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO  | 218            | 872         |
| 4        | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT | 745            | 2,980       |
| 4        | PORTA MINAS Ø.5 PENTEL                      | 590            | 2,360       |
| 1        | PORTA MINAS Ø.9 STAEDTLER                   | 2,660          | 2,660       |
| 1        | PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38             | 2,289          | 2,289       |
| 30       | POST IT MEDIANO AMARILLO 3M                 | 220            | 6,600       |
| 6        | SACA CORCHETE PALANCA                       | 125            | 750         |
| 3        | SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO                 | 710            | 2,130       |
| 7        | TIJERAS GRANDE                              | 450            | 3,150       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                              |               |        |
|---|------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA                                      | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 23,791 |
| DESTINO                                     | : CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA                               | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 23,791 |
| LUGAR ENTREGA                               | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 4,520  |
| FORMA DE PAGO                               | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 28,311 |
| MON : VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS |                              |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 18       | CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES                      |                |             |
| 10       | CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel                           | 110.00         | 1,980       |
| 4        | CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel                           | 235.00         | 2,350       |
| 2        | CARPETA FUELLE OFICIO                                       | 285.00         | 1,140       |
| 20       | CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL                           | 2,500.00       | 5,000       |
| 20       | CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA                       | 116.00         | 2,320       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO                     | 116.00         | 2,320       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO                     | 116.00         | 1,160       |
| 20       | CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO                     | 116.00         | 1,160       |
| 20       | CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO                    | 116.00         | 2,320       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO                 | 116.00         | 2,320       |
| 24       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP              | 212.00         | 5,088       |
| 3        | CORCHETERA BOSH   | 3,557.00       | 10,671      |
| 10       | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER | 498.00         | 4,980       |
| 10       | CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.                        | 375.00         | 3,750       |
| 12       | CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.                 | 310.00         | 3,720       |
| 20       | DESTACADOR AMARILLO   | 120.00         | 2,400       |
| 20       | DESTACADOR CELESTE  | 120.00         | 2,400       |
| 20       | DESTACADOR NARANJO  | 120.00         | 2,400       |
| 20       | DESTACADOR ROSADO   | 120.00         | 2,400       |
| 20       | DESTACADOR VERDE  | 120.00         | 2,400       |
| 1        | FUNDAS PLASTICAS CARTA                                      | 18.00          | 18          |
| 1        | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                                     | 20.00          | 20          |
| 10       | GOMA DE BORRAR STAEDTLER                                    | 95.00          | 950         |
| 41       | LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u                             | 85.00          | 3,485       |
| 4        | LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO                             | 224.00         | 896         |
| 4        | LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO                              | 224.00         | 896         |
| 4        | LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL                              | 224.00         | 896         |
| 30       | MARCADOR ROPA M10 NEGRO                                     | 529.00         | 15,870      |
| 4        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3                    | 1,524.00       | 6,096       |
| 4        | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet                | 218.00         | 872         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.


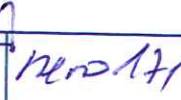


DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                              |               |         |
|---|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 93,438  |
| DESTINO   | : CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA                                   | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 93,438  |
| LUGAR ENTREGA                                   | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 17,753  |
| FORMA DE PAGO                                   | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 111,191 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO             |                              |               |         |
| MON : CIENTO ONCE MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS |                              |               |         |

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO                              |                |             |
| 4        | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT               | 184            | 368         |
| 4        | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT                | 227            | 908         |
| 2        | PORTA CLIPS UNID.  | 227            | 908         |
| 4        | PORTA MINAS Ø.7  | 226            | 452         |
| 1        | PORTA SCOTCH UNID.   | 402            | 1,608       |
| 24       | POST IT GRANDE AMARILLO higland                            | 973            | 973         |
| 2        | REGLA 30 CM CRISTAL  | 275            | 6,600       |
| 2        | REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA                      | 98             | 196         |
| 6        | SACA CORCHETE PINZAS                                       | 2,139          | 4,278       |
| 8        | SACA PUNTAS METALICO                                       | 174            | 1,044       |
| 8        | SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN JUEGO         | 96             | 768         |
|          |  | 630            | 5,040       |
| 20       | STICK FIX 40 gr. UHU                                       |                |             |
| 2        | TIJERAS Ø.Ø 20.32 CM. MUNDIAL 437-8                        | 618            | 12,360      |
| 1        | VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE | 7,333          | 14,666      |
|          |  | 581            | 581         |


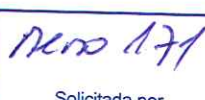
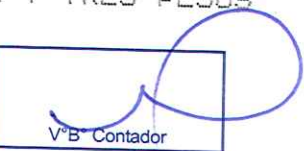
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 50,750  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 50,750  
IVA 9,643  
TOTAL FACTURA 60,393

SON : SESENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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° 1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | INDICE ARCHIVADOR CARTA                     |                |             |
| 4        | INDICE ARCHIVADOR OFICIO                    | 770.00         | 4,620       |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL             | 850.00         | 3,400       |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO            | 105.00         | 5,250       |
| 17       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE            | 105.00         | 5,250       |
| 24       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL           | 105.00         | 1,785       |
| 18       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO           | 93.00          | 2,232       |
| 2        | LAPIZ FIBRA Ø.4 ARTLINE 200 AZUL            | 93.00          | 1,674       |
| 3        | LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO AMARILLO | 499.00         | 998         |
| 27       | MARCADOR ROPA M10 AZUL                      | 373.00         | 1,119       |
| 16       | MARCADOR ROPA M10 ROJO                      | 746.00         | 20,142      |
| 22       | MARCADOR ROPA M10 VERDE                     | 746.00         | 11,936      |
| 2        | MICA CARTA 30 UNID. NATURAL IBICO           | 746.00         | 16,412      |
| 53       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO        | 1,486.00       | 2,972       |
| 10       | PAPEL VOLANTIN Ø0 BLANCO                    | 1,873.00       | 99,269      |
| 10       | PAPEL VOLANTIN 34 ROJO                      | 448.00         | 4,480       |
| 6        | PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.            | 448.00         | 4,480       |
| 2        | PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.         | 533.00         | 3,198       |
| 2        | PAQUETE SOBRE 1/3 OFICIO 50 UNID.           | 1,329.00       | 2,658       |
| 1        | PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE                   | 794.00         | 1,588       |
| 2        | PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID. BLANCO        | 2,051.00       | 2,051       |
| 2        | PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.                 | 1,967.00       | 3,934       |
| 3        | PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID. OFICIO     | 1,869.00       | 3,738       |
| 2        | PEINE EVB 4 PUNTAS                          | 1,581.00       | 4,743       |
| 1        | PERFORADOR GRANDE cangaro                   | 4,123.00       | 8,246       |
| 12       | PILAS CR 2032 3 VOL                         | 3,026.00       | 3,026       |
| 5        | PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES       | 938.00         | 11,256      |
| 4        | PILAS AAA x 4                               | 1,527.00       | 7,635       |
| 5        | PINCHA PAPELES                              | 1,434.00       | 5,736       |
| 2        | PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO       | 550.00         | 2,750       |
| 3        | PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO        | 184.00         | 368         |
| 1        | PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE       | 184.00         | 552         |
| 2        | PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL               | 184.00         | 184         |
|          |   | 184.00         | 368         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                              |               |         |
|--|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA   | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 248,050 |
| DESTINO  | : CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 248,050 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 47,130  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 295,180 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                            |                              |               |         |
| MONTANTO : DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA PESOS |                              |               |         |

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

*[Handwritten signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 02-10-2014

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°1

de Fecha 02-10-2014 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        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO CARTA                      | 656            | 3,936       |
| 1        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO        | 913            | 913         |
| 1        | BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS         | 3,800          | 3,800       |
| 20       | BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M               | 2,729          | 54,580      |
| 1        | CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALD            | 380            | 380         |
| 2        | CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI        | 345            | 690         |
| 2        | CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS          | 428            | 856         |
| 4        | CAJA MINAS DE Ø,9 12 UNID.                       | 124            | 496         |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO       | 145            | 1,450       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL           | 145            | 1,450       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA        | 145            | 1,450       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO           | 145            | 1,450       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE          | 145            | 1,450       |
| 30       | CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA           | 239            | 7,170       |
| 16       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE         | 123            | 1,968       |
| 6        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS                    | 123            | 738         |
| 8        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO                  | 123            | 984         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE         | 123            | 246         |
| 16       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE            | 123            | 1,968       |
| 6        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO                  | 123            | 738         |
| 16       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE     | 123            | 1,968       |
| 58       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH) | 690            | 40,020      |
| 6        | CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA       | 755            | 4,530       |
| 6        | CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS. MATEMAT.  | 336            | 2,016       |
| 7        | CUCHILLO CARTONERO                               | 85             | 595         |
| 1        | CUCHILLO L-2 MANGO CAUCHO                        | 5,351          | 5,351       |
| 11       | DEDOS GOMA AZUL                                  | 73             | 803         |
| 3        | DEDOS GOMA ROJO                                  | 75             | 225         |
| 1        | ELASTICO X KILO                                  | 2,142          | 2,142       |
| 3        | FOLIADOR 6 CIFRAS 4,5 MM. (Ø - 12 REPET.)        | 6,899          | 20,697      |
| 1        | FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL              | 270            | 270         |
| 1        | FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO             | 270            | 270         |
| 2        | FUNDAS PLASTICAS PARA CUADERNO UNIVERSITARIO     | 45             | 90          |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.





DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                              |               |         |
|--|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA   | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 165,690 |
| DESTINO  | : CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 165,690 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 31,481  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 197,171 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |                              |               |         |
| MON : CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y UN PESOS |                              |               |         |

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, 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       | ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO | 1,078.00       | 12,936      |
| 10       | CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE     | 361.00         | 3,610       |
| 30       | CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS. | 310.00         | 9,300       |
| 36       | DESTACADOR AMARILLO                         | 120.00         | 4,320       |
| 500      | FUNDAS PLASTICAS CARTA                      | 18.00          | 9,000       |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                     | 20.00          | 2,000       |
| 30       | GOMA DE BORRAR STAEDTLER                    | 95.00          | 2,850       |
| 60       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA         | 1,550.00       | 93,000      |
| 5        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3    | 1,524.00       | 7,620       |
| 10       | SACA CORCHETE PALANCA                       | 125.00         | 1,250       |
| 10       | TIJERAS GRANDE                              | 450.00         | 4,500       |
| 10       | MARCADOR CD SHARPIE NEGRO 19501NG           | 495.00         | 4,950       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                  |               |         |
|---|----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA     | VALOR NETO    | 155,336 |
| DESTINO   | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 155,336 |
| LUGAR ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140               | IVA           | 29,514  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 184,850 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                           |                                  |               |         |
| MON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS |                                  |               |         |

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METAL ICA | 4,675.00       | 23,375      |
| 20       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)    | 690.00         | 13,800      |
| 5        | CUCHILLO CARTONERO                                 | 85.00          | 425         |
| 20       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO               | 1,873.00       | 37,460      |
| 3        | PEGAMENTO LA GOTITA                                | 751.00         | 2,253       |
| 50       | POST IT GRANDE AMARILLO higland                    | 275.00         | 13,750      |
| 20       | STICK FIX 40 gr. PRITT                             | 437.00         | 8,740       |


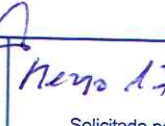


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                  |               |         |
|---------------|----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA     | VALOR NETO    | 99,803  |
| DESTINO       | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 99,803  |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140               | IVA           | 18,963  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 118,766 |

MON: CIENTO DIECIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°11

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 LAPIZ GRAFITO HB ALO                      | 60             | 600         |
| 5        | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP | 212            | 1,060       |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                        | 20             | 2,000       |
| 50       | LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u                | 85             | 4,250       |
| 30       | PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.         | 1,550          | 46,500      |
| 50       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO     | 218            | 10,900      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

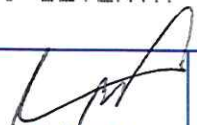
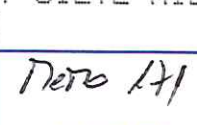


DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                       |               |        |
|---|---------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA          | VALOR NETO    | 65,310 |
| DESTINO   | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                            | SUB-TOTAL     | 65,310 |
| LUGAR ENTREGA   | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140          | IVA           | 12,409 |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA                   | TOTAL FACTURA | 77,719 |
| FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO         |                                       |               |        |
| MONTANTO : SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS |                                       |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar

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




| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | MICA OFICIO 50 UND. GRIS                       |                |             |
| 10       | PAPEL CRAF PLIEGO                              | 4,559          | 9,118       |
| 10       | PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO                       | 43             | 430         |
| 10       | PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO         | 43             | 430         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY                  | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO BLANCO ROLLY                | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY               | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY               | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY                  | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY          | 86             | 860         |
| 10       | PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND. | 86             | 860         |
| 30       | PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.                  | 86             | 860         |
| 10       | PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO  | 1,873          | 56,190      |
| 5        | PEGAMENTO UNIVERSAL 125 ML. UHU                | 555            | 5,550       |
| 10       | PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20            | 1,489          | 7,445       |
| 10       | PINCEL GERMAN 101 N° 5                         | 350            | 3,500       |
| 10       | PINCEL GERMAN 101 N° 11                        | 159            | 1,590       |
| 10       | PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO                     | 149            | 1,490       |
| 10       | PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO                     | 243            | 2,430       |
| 20       | STICK FIX 40 gr. UHU                           | 255            | 2,550       |
| 2        | TACD BLANCO 9X9 CM.                            | 618            | 12,360      |
| 20       | TEMPERA 12 COLORES ARTEL                       | 319            | 638         |
|          |  | 780            | 15,600      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                       |               |         |
|---|---------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA          | VALOR NETO    | 126,201 |
| DESTINO   | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                            | SUB-TOTAL     | 126,201 |
| LUGAR ENTREGA   | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140          | IVA           | 23,978  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA                   | TOTAL FACTURA | 150,179 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                     |                                       |               |         |
| MON : CIENTO CINCUENTA MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE PESOS |                                       |               |         |

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



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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°1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 20       | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE        | 123            | 2,460       |
| 10       | BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.        | 465            | 4,650       |
| 20       | BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u                  | 556            | 11,120      |
| 2        | BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON        | 493            | 986         |
| 20       | CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM               | 79             | 1,580       |
| 10       | CARTON FERRADO 77X110 CM. 255 GR.               | 255            | 2,550       |
| 10       | CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA          | 239            | 2,390       |
| 10       | CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL               | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL              | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE     | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE      | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE    | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE     | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE    | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE       | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE           | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE         | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE                   | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE        | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS                   | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO                 | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE        | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO                  | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE           | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO                 | 123            | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE    | 123            | 1,230       |
| 10       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH) | 690            | 6,900       |
| 5        | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO                  | 921            | 4,605       |
| 5        | CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC  | 385            | 1,925       |
| 20       | CUADERNILLO MATEMATICAS                         | 69             | 1,380       |
| 1        | DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.                     | 9,201          | 9,201       |
| 10       | FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.   | 60             | 600         |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO                | 105            | 5,250       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                       |               |         |
|---|---------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA          | VALOR NETO    | 86,317  |
| DESTINO   | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA                                     | : 24 HORAS                            | SUB-TOTAL     | 86,317  |
| LUGAR ENTREGA                                     | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140          | IVA           | 16,400  |
| FORMA DE PAGO                                     | : 30 DIAS C/FACTURA                   | TOTAL FACTURA | 102,717 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO               |                                       |               |         |
| MON : CIENTO DOS MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS |                                       |               |         |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°11

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL              | 1,573          | 6,292       |
| 2        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL                 | 1,573          | 3,146       |
| 10       | CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE                     | 361            | 3,610       |
| 2        | CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO                                   | 60             | 120         |
| 100      | CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE                     | 356            | 35,600      |
| 10       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP              | 212            | 2,120       |
| 15       | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER | 498            | 7,470       |
| 5        | DESTACADOR AMARILLO   | 120            | 600         |
| 2        | DESTACADOR CELESTE  | 120            | 240         |
| 2        | DESTACADOR NARANJO  | 120            | 240         |
| 2        | DESTACADOR ROSADO   | 120            | 240         |
| 2        | DESTACADOR VERDE  | 120            | 240         |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                                     | 20             | 2,000       |
| 1        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.                    | 8,800          | 8,800       |
| 50       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA                         | 1,550          | 77,500      |
| 1        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3                    | 1,524          | 1,524       |
| 20       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet                | 218            | 4,360       |
| 10       | PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER                                   | 2,660          | 26,600      |
| 20       | POST IT MEDIANO AMARILLO 3M                                 | 220            | 4,400       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.



DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                  |               |         |
|---|----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA     | VALOR NETO    | 185,102 |
| DESTINO   | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 185,102 |
| LUGAR ENTREGA   | : CAMINO EL ALBA 9280            | IVA           | 35,169  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 220,271 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                       |                                  |               |         |
| MON : DOSCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN PESOS |                                  |               |         |

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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°1

de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT | 227            | 11,350      |
| 3        | RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7           | 4,940          | 14,820      |
| 15       | STICK FIX 40 gr. UHU                        | 618            | 9,270       |
| 100      | VASOS TERMICOS 300ML                        | 450            | 45,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                  |               |        |
|---------------|----------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA     | VALOR NETO    | 80,440 |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 80,440 |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280            | IVA           | 15,284 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 95,724 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | Mero 171       |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 02-10-2014

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° 1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON          | 493.00         | 1,479       |
| 10       | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE             | 123.00         | 1,230       |
| 3        | BORRADOR FISCAL OFICIO                               | 440.00         | 1,320       |
| 2        | CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO                | 380.00         | 760         |
| 2        | CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.            | 125.00         | 250         |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL               | 145.00         | 1,450       |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE            | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE                | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE              | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE                        | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE             | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS                        | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO                      | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE             | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO                       | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE                | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO                      | 123.00         | 246         |
| 2        | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE         | 123.00         | 246         |
| 20       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)      | 690.00         | 13,800      |
| 3        | CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M        | 385.00         | 1,155       |
| 2        | CORCHETERA TORRE B7                                  | 5,031.00       | 10,062      |
| 1        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.              | 7,482.00       | 7,482       |
| 3        | LAPIZ PARA MARCAR CD                                 | 279.00         | 837         |
| 80       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO                     | 105.00         | 8,400       |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO                      | 105.00         | 5,250       |
| 1        | LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX              | 1,493.00       | 1,493       |
| 1        | MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 36 115NG | 575.00         | 575         |
| 1        | MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCS 1 MM FIN          | 1,255.00       | 1,255       |
| 5        | PAPEL CRAF PLIEGO                                    | 43.00          | 215         |
| 1        | PAPEL MANTEQUILLA NACIONAL 80X100 500 HOJAS          | 71.00          | 71          |
| 20       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO                 | 1,873.00       | 37,460      |
| 1        | PILAS AAA x 4  | 1,434.00       | 1,434       |
| 50       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT         | 227.00         | 11,350      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                                |               |         |
|-----------------|--------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :        | 421102 MATERIAL DE OFICINA     | VALOR NETO    | 110,280 |
| DESTINO :       | COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 110,280 |
| LUGAR ENTREGA : | CAMINO EL ALBA 9280            | IVA           | 20,953  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 131,233 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CIENTO TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


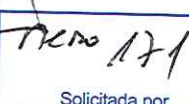

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE                     | 361            | 1,805       |
| 5        | CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO                                   | 60             | 300         |
| 20       | CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN                 | 473            | 9,460       |
| 10       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP              | 212            | 2,120       |
| 15       | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER | 498            | 7,470       |
| 10       | CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.                 | 310            | 3,100       |
| 50       | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                                     | 20             | 1,000       |
| 30       | GOMA DE BORRAR STAEDTLER                                    | 95             | 2,850       |
| 3        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.                    | 8,800          | 26,400      |
| 15       | SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO           | 108            | 1,620       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
CONDICIONES : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONEDA : SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 56,125  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 56,125  
IVA 10,664  
TOTAL FACTURA 66,789

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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° 1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


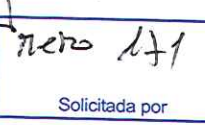
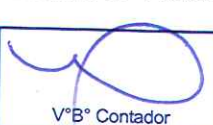
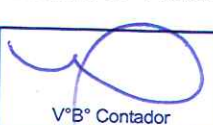
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.                    |                |             |
| 5        | CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL                | 2,011          | 10,055      |
| 10       | CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO          | 373            | 1,865       |
| 10       | CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.              | 209            | 2,090       |
| 10       | CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.              | 210            | 2,100       |
| 10       | CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.              | 255            | 2,550       |
| 10       | CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.              | 262            | 2,620       |
| 10       | CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA         | 295            | 2,950       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE    | 239            | 2,390       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE     | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE   | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE    | 270            | 2,700       |
| 10       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE   | 270            | 2,700       |
| 5        | CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7    | 270            | 2,700       |
| 5        | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO                 | 9,036          | 45,180      |
| 10       | CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC | 921            | 4,605       |
| 10       | CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M  | 385            | 3,850       |
| 10       | CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA     | 385            | 3,850       |
| 5        | LAPIZ PARA MARCAR CD                           | 755            | 7,550       |
| 30       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL                | 279            | 1,395       |
| 30       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO               | 105            | 3,150       |
| 30       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO                | 105            | 3,150       |
| 10       | PAPEL CRAF PLIEGO                              | 105            | 3,150       |
| 10       | PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO                       | 43             | 430         |
| 5        | PEGAMENTO LA GOTITA                            | 43             | 430         |
| 15       | SACA PUNTAS METALICO                           | 751            | 3,755       |
| 1        | SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.                  | 96             | 1,440       |
|          |  | 650            | 650         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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

VALOR NETO 122,705  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 122,705  
IVA 23,314  
TOTAL FACTURA 146,019

|  |            |   |                |   |                  |   |               |
|--|------------|---|----------------|---|------------------|---|---------------|
|  | Empleo por |  | Solicitada por |  | V°B° presupuesto |  | V°B° Contador |
|--|------------|---|----------------|---|------------------|---|---------------|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar


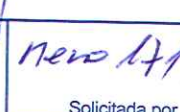

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE |                |             |
| 5        | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP | 1,573.00       | 3,146       |
| 5        | CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.            | 212.00         | 1,060       |
| 5        | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. | 303.00         | 1,515       |
|          | LIQUID PAPER                                   | 498.00         | 2,490       |
| 3        | CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE                    |                |             |
| 5        | DESTACADOR AMARILLO                            | 1,208.00       | 3,624       |
| 5        | DESTACADOR NARANJO                             | 120.00         | 600         |
| 30       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA            | 120.00         | 600         |
| 10       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT   | 1,550.00       | 46,500      |
| 10       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT    | 745.00         | 7,450       |
| 3        | TIJERAS GRANDE                                 | 745.00         | 7,450       |
|          |  | 450.00         | 1,350       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                              |               |        |
|---|------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA  | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 75,785 |
| DESTINO   | : COLEGIO SIMON BOLIVAR      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA                                   | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 75,785 |
| LUGAR ENTREGA                                   | : TOMAS MORO 1651            | IVA           | 14,399 |
| FORMA DE PAGO                                   | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 90,184 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO             |                              |               |        |
| MON : NOVENTA MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS |                              |               |        |

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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° 1

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | CAJA ALFILERES                         | 161.00         | 644         |
| 10       | CAJA MINAS DE Ø,9 12 UNID.             | 124.00         | 1,240       |
| 25       | CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL        | 373.00         | 9,325       |
| 10       | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL | 145.00         | 1,450       |
| 5        | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO         | 921.00         | 4,605       |
| 1        | CORCHETERA TORRE B7                    | 5,031.00       | 5,031       |
| 2        | DOBLE CLIP NEGRO CHICO                 | 169.00         | 338         |
| 1        | ELASTICO X KILO                        | 2,142.00       | 2,142       |
| 8        | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL      | 93.00          | 744         |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO     | 93.00          | 4,650       |
| 20       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO   | 1,873.00       | 37,460      |
| 10       | REGLA 20 CM. TRANSPARENTE              | 59.00          | 590         |
| 10       | REGLA 30 CM CRISTAL                    | 98.00          | 980         |
| 5        | STICK FIX 40 gr. UHU                   | 618.00         | 3,090       |


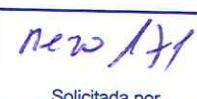

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : OCHENTA Y SEIS MIL VEINTICUATRO PESOS

VALOR NETO 72,289  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 72,289  
IVA 13,735  
TOTAL FACTURA 86,024

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010



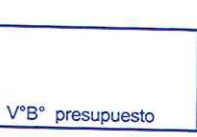
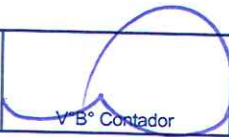
At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 12       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP              |                |             |
| 10       | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER | 212.00         | 2,120.00    |
| 5        | CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE                                 | 498.00         | 2,490.00    |
| 15       | DESTACADOR AMARILLO   | 1,208.00       | 18,120.00   |
| 15       | DESTACADOR CELESTE  | 120.00         | 1,800.00    |
| 15       | DESTACADOR NARANJO  | 120.00         | 1,800.00    |
| 15       | DESTACADOR ROSADO   | 120.00         | 1,800.00    |
| 15       | DESTACADOR VERDE  | 120.00         | 1,800.00    |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS CARTA                                      | 120.00         | 12,000.00   |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                                     | 18.00          | 1,800.00    |
| 20       | GOMA DE BORRAR STAEDTLER                                    | 20.00          | 400.00      |
| 30       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA                         | 95.00          | 2,850.00    |
|          |   | 1,550.00       | 46,500.00   |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |        |
|---------------|--|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA                           | VALOR NETO    | 74,764 |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS   | SUB-TOTAL     | 74,764 |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                                      | IVA           | 14,205 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                    | TOTAL FACTURA | 88,969 |
| MONEDA        | : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  |               |        |
|               | : OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS |               |        |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

072916

FECHA: 02-10-2014

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° 1

de Fecha

02-10-2014

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | STICK FIX 40 gr. UHU | 618            | 18,540      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


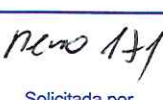


ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
 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  
 MON : VEINTIDOS MIL SESENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 18,540  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 18,540  
 IVA 3,523  
 TOTAL FACTURA 22,063

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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° 1 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 20       | CARPETA CARTULINA AZUL                             | 59             | 1,180       |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO         | 145            | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL             | 145            | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA          | 145            | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO             | 145            | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE            | 145            | 725         |
| 30       | CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO              | 209            | 6,270       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE          | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE              | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE            | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE                      | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE           | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS                      | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO                    | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE           | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO                     | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE              | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO                    | 123            | 1,845       |
| 15       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE       | 123            | 1,845       |
| 10       | CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M      | 385            | 3,850       |
| 1        | CLIPS MEDIANO X KG                                 | 1,910          | 1,910       |
| 2        | CORCHETERA TORRE B7                                | 5,031          | 10,062      |
| 1        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.            | 7,482          | 7,482       |
| 50       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO                   | 105            | 5,250       |
| 3        | MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 3615NG | 575            | 1,725       |
| 3        | MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 3615AZ  | 575            | 1,725       |
| 3        | MARCADOR MULTIUSO SHARPIE ROJO DOBLE PUNTA 3615RJ  | 575            | 1,725       |
| 1        | MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. BICO | 4,559          | 4,559       |
| 30       | PAPEL CRAF PLIEGO                                  | 43             | 1,290       |
| 50       | PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO                           | 43             | 2,150       |
| 47       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO               | 1,873          | 74,927      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                    |               |         |
|---------------|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA       | VALOR NETO    | 149,863 |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                         | SUB-TOTAL     | 149,863 |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                  | IVA           | 28,474  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 178,337 |

MON : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 11

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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


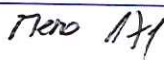


| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 12       | CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO                     | 116            | 1,392       |
| 12       | CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO                 | 116            | 1,392       |
| 12       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP              | 212            | 2,544       |
| 6        | CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.                         | 303            | 1,818       |
| 12       | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER | 498            | 5,976       |
| 6        | CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.                 | 310            | 1,860       |
| 6        | DESTACADOR BIC AMARILLO                                     | 120            | 720         |
| 24       | FUNDAS PLASTICAS CARTA                                      | 18             | 432         |
| 12       | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                                     | 20             | 240         |
| 12       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA                         | 1,550          | 18,600      |
| 6        | PERFORADOR CHICO  | 1,260          | 7,560       |

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA             | VALOR NETO    | 42,534 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS           | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                        | SUB-TOTAL     | 42,534 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188      | IVA           | 8,081  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA               | TOTAL FACTURA | 50,615 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO             |               |        |
| MONTON : CINCUENTA MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS        | 3,800.00       | 19,000      |
| 5        | BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON        | 493.00         | 2,465       |
| 1        | CAJA CORCHETES 1000 UNID. SWINGLINE 101-5 5/16  | 1,780.00       | 1,780       |
| 12       | CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS                 | 145.00         | 1,740       |
| 6        | CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7     | 9,036.00       | 54,216      |
| 6        | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH) | 690.00         | 4,140       |
| 4        | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO                  | 921.00         | 3,684       |
| 6        | CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA       | 755.00         | 4,530       |
| 6        | CINTA PARA ENMASCARAR 3M 18X55 MTS.             | 311.00         | 1,866       |
| 6        | CINTA TRANSPARENTE OFIJET 18X30                 | 110.00         | 660         |
| 3        | CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS        | 2,777.00       | 8,331       |
| 2        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.         | 7,482.00       | 14,964      |
| 24       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL               | 93.00          | 2,232       |
| 15       | TACO CALENDARIO GRANDE                          | 855.00         | 12,825      |

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.




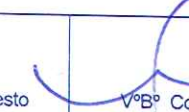
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA        | VALOR NETO    | 132,433 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 132,433 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188 | IVA           | 25,162  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 157,595 |

MON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emtido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO.        | 1,078.00       | 4,312       |
| 3        | CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO                           | 60.00          | 180         |
| 12       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP      | 212.00         | 2,544       |
| 6        | CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.                  | 303.00         | 1,818       |
| 3        | CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.         | 310.00         | 930         |
| 2        | DESTACADOR CELESTE                                  | 120.00         | 240         |
| 2        | DESTACADOR NARANJO                                  | 120.00         | 240         |
| 200      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                             | 20.00          | 4,000       |
| 24       | LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u                     | 85.00          | 2,040       |
| 2        | LIBRETA INDICE TELEFONICO CON ESPIRAL CLASICA RHEIN | 1,135.00       | 2,270       |
| 2        | LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX                    | 1,294.00       | 2,588       |
| 2        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO         | 8,800.00       | 17,600      |
| 50       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA                 | 1,550.00       | 77,500      |

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 año.

Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.


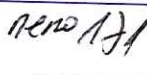


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|               |                              |               |         |
|---------------|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 116,262 |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 116,262 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040        | IVA           | 22,090  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 138,352 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emtido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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.

072911

FECHA: 02-10-2014

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° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 8        | STICK FIX 40 gr. PRITT                  | 437.00         | 3,496       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO               | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL  | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL      | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO                | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL          | 959.00         | 1,918       |

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.

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 15,004 |
| DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS            | SUB-TOTAL     | 15,004 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040 | IVA           | 2,851  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 17,855 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 02-10-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 CELESTE PROARTE         | 123.00         | 1,230       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE          | 123.00         | 2,460       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE            | 123.00         | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE        | 123.00         | 1,230       |
| 4        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE          | 145.00         | 580         |
| 4        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL           | 145.00         | 580         |
| 30       | CARPETA CARTULINA AZUL                           | 59.00          | 1,770       |
| 3        | CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC          | 459.00         | 1,377       |
| 4        | CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE          | 125.00         | 500         |
| 1        | CAJA BROCHES METALICOS                           | 360.00         | 360         |
| 5        | BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA                     | 346.00         | 1,730       |
| 4        | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE         | 123.00         | 492         |
| 4        | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO        | 913.00         | 3,652       |
| 50       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE         | 123.00         | 6,150       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE            | 123.00         | 1,230       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE     | 123.00         | 2,460       |
| 6        | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH) | 690.00         | 4,140       |
| 3        | COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T. AZUL PEGAFIX | 424.00         | 1,272       |
| 2        | CORCHETERA TORRE B7                              | 5,031.00       | 10,062      |
| 3        | CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS         | 2,777.00       | 8,331       |
| 20       | GOMA DE BORRAR                                   | 45.00          | 900         |
| 25       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL                  | 105.00         | 2,625       |
| 10       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO                  | 105.00         | 1,050       |
| 2        | LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS          | 373.00         | 746         |
| 10       | PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO                         | 43.00          | 430         |
| 30       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO             | 1,873.00       | 56,190      |
| 2        | PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.                 | 533.00         | 1,066       |
| 3        | PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20              | 350.00         | 1,050       |
| 3        | PINCEL GERMAN 101 N° 5                           | 159.00         | 477         |
| 3        | PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO                       | 243.00         | 729         |
| 24       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT     | 227.00         | 5,448       |
| 12       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT      | 227.00         | 2,724       |
| 1        | PLANCHA PLUMAVIT 0.50 X 1.00 MTS 5 CM            | 390.00         | 390         |

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.

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.-

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 124,661 |
| DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS            | SUB-TOTAL     | 124,661 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040 | IVA           | 23,686  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 148,347 |

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS

Emitido por

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | POST IT MEDIANO AMARILLO 3M                               | 220.00         | 2,200       |
| 50       | PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.                    | 1,550.00       | 77,500      |
| 3        | LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX                          | 1,294.00       | 3,882       |
| 10       | LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S<br>IN GOMA | 85.00          | 850         |
| 50       | FUNDAS PLASTICAS CARTA                                    | 18.00          | 900         |
| 5        | DESTACADOR VERDE  | 120.00         | 600         |
| 5        | DESTACADOR ROSADO   | 120.00         | 600         |
| 5        | DESTACADOR NARANJO  | 120.00         | 600         |
| 5        | DESTACADOR CELESTE  | 120.00         | 600         |
| 5        | DESTACADOR AMARILLO                                       | 120.00         | 600         |
| 2        | CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES                    | 110.00         | 220         |

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.


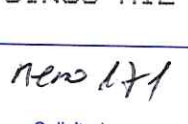
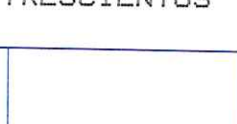

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 88,552  |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS            | SUB-TOTAL     | 88,552  |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 | IVA           | 16,825  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 105,377 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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: 02-10-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | POST IT GRANDE AMARILLO higland    | 275.00         | 1,375       |
| 40       | PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.      | 1,873.00       | 74,920      |
| 15       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO | 93.00          | 1,395       |
| 15       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL  | 93.00          | 1,395       |
| 20       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO   | 105.00         | 2,100       |
| 30       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL    | 105.00         | 3,150       |
| 1        | CLIPS MEDIANO X KG                 | 1,910.00       | 1,910       |
| 20       | APRETAPAPEL MEDIANO                | 279.00         | 5,580       |
| 20       | APRETAPAPEL CHICO 19 MM.           | 169.00         | 3,380       |

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.

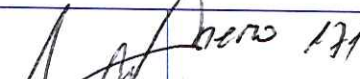
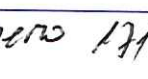


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA | VALOR NETO    | 95,205  |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS            | SUB-TOTAL     | 95,205  |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 | IVA           | 18,089  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 113,294 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRECE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL | 1,573.00       | 23,595      |
| 5        | ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO    | 1,078.00       | 5,390       |
| 6        | TIJERAS GRANDE                                 | 450.00         | 2,700       |
| 50       | SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES  | 108.00         | 5,400       |
| 5        | ALD  |                |             |
| 5        | PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38                | 2,289.00       | 11,445      |
| 40       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA            | 1,550.00       | 62,000      |
| 10       | LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL                 | 224.00         | 2,240       |
| 10       | CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO                  | 242.00         | 2,420       |
| 10       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP | 212.00         | 2,120       |

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.


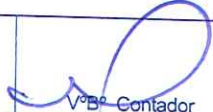
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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        | : 421102 MATERIAL DE OFICINA  | VALOR NETO    | 117,310 |
| DESTINO       | : ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 117,310 |
| LUGAR ENTREGA | : REYES LAVALLE 3207          | IVA           | 22,289  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 139,599 |

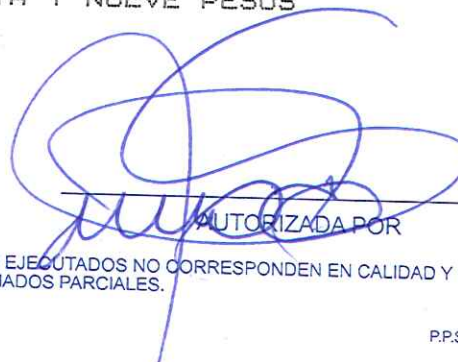
MONTO : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

OBSERVACIONES:

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

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 10       | CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH) | 690.00         | 6,900       |
| 10       | CAJA ARCHIVO STANDARD RHEIN KRAFT               | 227.00         | 2,270       |
| 5        | BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M              | 2,729.00       | 13,645      |
| 40       | ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO       | 913.00         | 36,520      |
| 5        | PORTA MINAS 0.7                                 | 402.00         | 2,010       |
| 5        | PILAS AAA x 4                                   | 1,434.00       | 7,170       |
| 10       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO            | 1,873.00       | 18,730      |
| 10       | LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL           | 1,204.00       | 12,040      |
| 5        | PORTA MINAS 0.9 ISOFIT                          | 595.00         | 2,975       |

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.




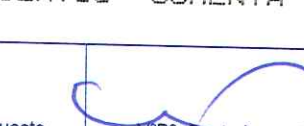
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar de fecha de emision.

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA   | VALOR NETO    | 102,260 |
| DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS              | SUB-TOTAL     | 102,260 |
| LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207    | IVA           | 19,429  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 121,689 |

SON : CIENTO VEINTIUN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emiso por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>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): TECNO IMPORT LTDA. 78411600K

Dirección: MATIAS CAUSINO 64 OF. 707

Teléfono: 6965714

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

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

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 3        | PUNTAS SURGITIP 20 UN.              |                |             |
| 3        | CANULA DE ASPIRACION ADAPTADOR LUER | 12,142.00      | 36,426      |
| 6        | HILO RETRACTOR # 00                 | 8,512.00       | 25,536      |
|          |                                     | 11,344.00      | 68,064      |

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.


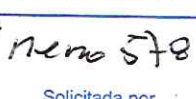


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
DESTINO : CASA MARLIT  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 130,026  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 130,026  
IVA 24,705  
TOTAL FACTURA 154,731

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emtido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>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.

072904

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): CASA MUSA ELECTROTECNICA SOCIEDAD LTDA. 84210100K

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2099

Teléfono: 3351819

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        | BUANTE P/ MANTENCION TALLA L | 2,444.00       | 2,444       |
| 7        | DETECTOR DE HUMO 9V DC       | 6,367.00       | 44,569      |


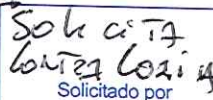


Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar 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 : 425127 GASTOS VARIOS            | VALOR NETO    | 47,013 |
| DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 47,013 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140         | IVA           | 8,932  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 55,945 |

MONTO : CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 02-10-2014

Señor(es): CASA MUSA ELECTROTECNICA SOCIEDAD LTDA. 84210100K

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2099

Teléfono: 3351819

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-----------------------------|----------------|-------------|
| 2        | GUANTE P/MANTENCION TALLA L | 2,444.00       | 4,888       |
| 5        | DETECTOR DE HUMO 9V DC      | 6,367.00       | 31,835      |

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 : 425127 GASTOS VARIOS     | VALOR NETO    | 36,723 |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA         | SUB-TOTAL     | 36,723 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  | IVA           | 6,977  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 43,700 |

MONTO : CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS

|                    |                          |                  |                    |
|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| Emitted por        | Solicitado por           | V°B° presupuesto | V°B° Cortador      |
| <i>[Signature]</i> | <i>Solucita Cortador</i> |                  | <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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr. CLAUDIO MAZA URIBE

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 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        | JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS. | 7,691          | 30,764      |

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        | : 421103 MATERIAL DE ASEO     | VALOR NETO    | 30,764 |
| DESTINO       | : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 30,764 |
| LUGAR ENTREGA | : RIO LOA 8350                | IVA           | 5,845  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 36,609 |

MON : TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr. CLAUDIO MAZA URIBE

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS. | 7,691          | 15,382      |

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.



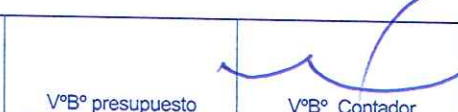
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO              | VALOR NETO    | 15,382 |
| DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                      | SUB-TOTAL     | 15,382 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140    | IVA           | 2,923  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA             | TOTAL FACTURA | 18,305 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO           |               |        |
| MON : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS   |               |        |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |  |  |
| Emitted por  | Solicitado por  | V°B° Contador   |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIO MAZA URIBE

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-10-2014 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        | JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS. | 7,691          | 23,073      |

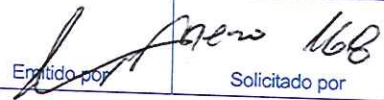



Atencion Proveedores : de Lunes a Jueves de 8.30-13.30 y de 14.30-16.00 hrs.  
Viernes de 8.30-14.00 hrs.  
Solo se recepcionaran pedidos con guia o factura junto con OC impresa.  
Solo se recepcionaran mercaderias con una duracion superior a 1 ano  
Orden de compra valida por 15 dias corridos a contar 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        | : 421103 MATERIAL DE ASEO           | VALOR NETO    | 23,073 |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA    | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                          | SUB-TOTAL     | 23,073 |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280               | IVA           | 4,384  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                 | TOTAL FACTURA | 27,457 |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |               |        |

MON : VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emtido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIO MAZA URIBE

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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

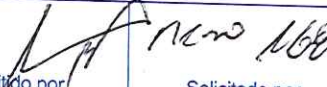
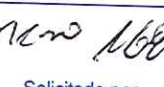
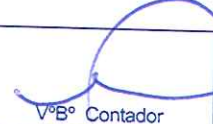
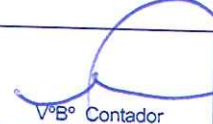
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | JABON LIQ. ECONOMICO BIDON ( DISTRIB. MILAN ) | 4,000          | 8,000       |

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO           | VALOR NETO    | 8,000 |
| DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI        | DESCUENTO 0.0 | 0     |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 8,000 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811           | IVA           | 1,520 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 9,520 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO        |               |       |
| MONTON : NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS |               |       |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIO MAZA URIBE

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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





| CANTIDAD | DESCRIPCION                             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS. | 7,691          | 15,382      |


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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO                  | VALOR NETO    | 15,382 |
| DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES        | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                          | SUB-TOTAL     | 15,382 |
| LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308                   | IVA           | 2,923  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                 | TOTAL FACTURA | 18,305 |
| CONDICION : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS |               |        |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Entido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 01-10-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MASIVOS LTDA. 768143706

Dirección: HEROES DE LA CONCEPCION 3220

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIO MAZA URIBE

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 ) | 4,000          | 8,000       |

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|   |               |       |
|---|---------------|-------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO              | VALOR NETO    | 8,000 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS         | DESCUENTO 0.0 | 0     |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                      | SUB-TOTAL     | 8,000 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188    | IVA           | 1,520 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA             | TOTAL FACTURA | 9,520 |
| CONDICION : NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS |               |       |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitado por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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): WINKLER LIMITADA 797228605

FECHA: 01-10-2014

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-10-2014 sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                               | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | DESODORANTE LIQ. X SLTS FRUTAL WINZA-150D | 9,675.00       | 9,675       |

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

|                                       |               |        |
|---------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO      | VALOR NETO    | 9,675  |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO       | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS              | SUB-TOTAL     | 9,675  |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611      | IVA           | 1,838  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 11,513 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO   |               |        |
| MON : ONCE MIL QUINIENTOS TRECE PESOS |               |        |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**  
 Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

FECHA: **06-10-2014**

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

Teléfono: **8206290**

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


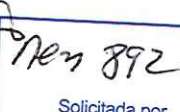

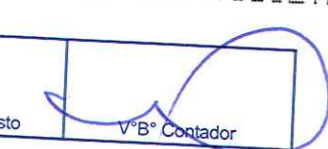
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1,360    | JUGO NATURAL 200 CC YUZ DURAZNO TETRA       | 169.00         | 229,840     |
| 68       | CEREAL BARRA COSTA FRUTOS + YOGURT X 20 UND | 1,671.00       | 113,628     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 425123 GASTOS EN COLACIONES  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 : CUATROCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS

VALOR NETO 343,468  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 343,468  
 IVA 65,259  
 TOTAL FACTURA 408,727

Emitido por  **Ren 892**  
 Solicitada por   
 V°B° presupuesto   
 V°B° Contador 

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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        | TERMOLAMINADORA OFICIO/CARTA LAVORO | 72,348.00      | 72,348      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |                                  |               |        |
|---------------|---|----------------------------------|---------------|--------|
| ENTIA         | : 424271                                    | PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA | VALOR NETO    | 72,348 |
| STIND         | : CENTRO                                    | VIDA ADULTA                      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                                 |                                  | SUB-TOTAL     | 72,348 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 8960                       |                                  | IVA           | 13,746 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                         |                                  | TOTAL FACTURA | 86,094 |
|               | : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO       |                                  |               |        |
|               | : OCHENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS |                                  |               |        |

|             |                      |                |                  |               |
|-------------|----------------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por | <i>Vida</i><br>Aduca | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-------------|----------------------|----------------|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): CRISTIAN AZOCAR Y CIA LTDA 774016406

FECHA: 06-10-2014

Dirección: ESTEBAN DELL'ORTO 6565 OF 105

Teléfono:

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 200      | IMPRESION AFICHES OFFSET TRADICIONAL - AFICHE INCOGNITO                              | 1,736.00       | 347,200     |
| 200      | IMPRESION AFICHES OFFSET TRADICIONAL - AFICHE RESUELTO                               | 1,736.00       | 347,200     |
| 400      | IMPRESION FOLLETOS/VOLANTES EN IMPRESION DIGITAL                                     | 257.00         | 102,800     |
| 2        | IMPRESION DE PENDON ROLLER   | 39,900.00      | 79,800      |
| 2        | IMPRESION LIENZO / GIGANTOGRAFIA   | 60,000.00      | 120,000     |
| 1        | DISENO Y PRODUCCION DE LOGOTIPO UNIDAD CALIDAD DE VIDA LABORAL                       | 290,000.00     | 290,000     |
| 2        | DISENO Y PRODUCCION DE ORIGINAL PARA IMPRENTA AFICHES CAMPANA "INCOGNITO Y RESUELTO" | 120,000.00     | 240,000     |
| 1        | DISENO Y PRODUCCION DE ORIGINAL PARA IMPRENTA DE FOLLETO DIPTICO                     | 150,000.00     | 150,000     |
| 1        | DISENO Y PRODUCCION DE ORIGINAL PARA PENDON  | 130,000.00     | 130,000     |
| 1        | DISENO Y PRODUCCION DE ORIGINAL PARA LIENZO  | 130,000.00     | 130,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
DESTINO : CENTRO COSAM  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,937,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,937,000  
IVA 368,030  
TOTAL FACTURA 2,305,030

VALOR : DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL TREINTA PESOS

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitted por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|             | New 298        |                  |               |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INV. MAGALLANES LTDA. 761377957  
 Dirección: INCA DE ORO 9045  
 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.

FECHA: 06-10-2014

Teléfono: 2291897




Sírvase despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | CRISTAL ESPEJO PLATEADO NATURAL 1520 X1440 MM+<br>INSTALACION CON PEGAMENTO NATURAL | 78,000.00      | 78,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |   |               |        |
|--|---|---------------|--------|
| ENTREGA                                      | : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA | VALOR NETO    | 78,000 |
| DESTINO                                      | : CENTRO VIDA ADULTA                      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA                                | : INMEDIATA                               | SUB-TOTAL     | 78,000 |
| LUGAR ENTREGA                                | : CALLE PATRICIA 8960                     | IVA           | 14,820 |
| FORMA DE PAGO                                | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 92,820 |
| : NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS |   |               |        |

|   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | <i>Vida Adulta</i><br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------------------------|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

FECHA: 06-10-2014

Dirección: PADRE DRELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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        | JUEGO DE CORTINAS PARA BUS COMUNAL | 100,000.00     | 100,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 422101 MANT. Y REPAR. VEHICULOS  
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS

VALOR NETO 100,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 100,000  
IVA 19,000  
TOTAL FACTURA 119,000

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|             | Reva 882       |                  |               |

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 06-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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 |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 4        | TORTA PARA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 114,286     |

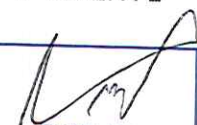
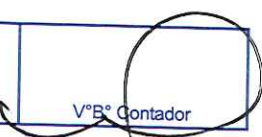
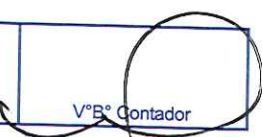
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTRADA : 425127 GASTOS VARIOS  
 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  
 MONTO : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 114,286  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 114,286  
 IVA 21,714  
 TOTAL FACTURA 136,000

|   |                            |   |  |
|---|----------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | nexo 605<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

FECHA: 06-10-2014

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


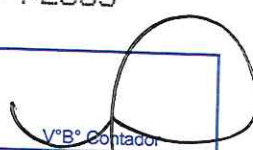
| CANTIDAD | DESCRIPCION                              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | HISTOACRIL SUTURA PEG. 10 CC x 5 FRASCOS | 50,000.00      | 50,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

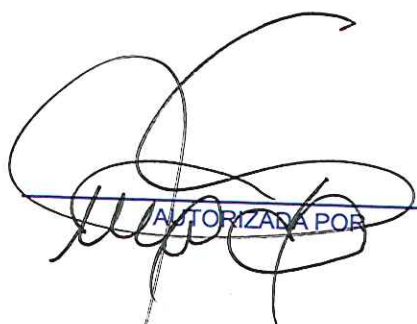
ENTREGA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

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

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 173<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

073008

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 03-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, 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        | VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP | 41,400.00      | 331,200     |


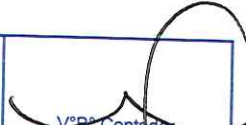
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 331,200  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 331,200  
 IVA 62,928  
 TOTAL FACTURA 394,128

MONTO : TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS

|  |                            |                  |  |
|--|----------------------------|------------------|--|
| <br>Emitted by | 1100 173<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|----------------------------|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

FECHA: 06-10-2014

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 158314 de Fecha 01-10-2014 Sirvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                        | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | TIAMINA (B1) 30 MG cjx100          |                |             |
| 1        | SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20     | 7,200.00       | 7,200       |
| 15       | SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20 | 6,240.00       | 6,240       |
| 90       | ODASENTRON 4 MG. AMPOLLA           | 5,920.00       | 88,800      |
| 21       | SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20 | 4,020.00       | 361,800     |
| 2        | CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100       | 5,360.00       | 112,560     |
| 2        | AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100       | 6,600.00       | 13,200      |
|          |                                    | 4,300.00       | 8,600       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTRADA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
ESTABLECIMIENTO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 598,400  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 598,400  
IVA 113,696  
TOTAL FACTURA 712,096

MONTO : SETECIENTOS DOCE MIL NOVENTA Y SEIS PESOS

Emitido por: *[Signature]*  
Solicitada por: *[Signature]*  
V°B° presupuesto: *[Signature]*  
V°B° Contado: *[Signature]*

AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

073006

Señor(es): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

FECHA: 06-10-2014

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 02-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. *Sírvase despachar*

| CANTIDAD | DESCRIPCION                          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------------------|----------------|-------------|
| 2        | RANITIDINA 50 MG /2 ML c.jx100       | 5,800.00       | 11,600      |
| 7        | KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP | 29,000.00      | 203,000     |
| 2        | METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100          | 6,200.00       | 12,400      |
| 3        | HIDROCORTISONA 100 MG.X50            | 23,000.00      | 69,000      |
| 12       | METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c.jx100   | 6,000.00       | 72,000      |
| 2        | LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX50           | 4,000.00       | 8,000       |
| 8        | DICLOFENACO 75 MG/CJX100             | 6,000.00       | 48,000      |
| 10       | CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX100  | 6,800.00       | 68,000      |
| 2        | BETAMETASONA 4 MG/ML c.jx100         | 8,500.00       | 17,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SEISCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 509,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 509,000  
 IVA 96,710  
 TOTAL FACTURA 605,710

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

FECHA: 06-10-2014

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 158314 de Fecha 01-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 3        | CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cjX20 |                |             |
| 3        | SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20  | 5,700.00       | 17,100      |
| 3        | SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cjx20  | 5,920.00       | 17,760      |
|          |                                     | 5,360.00       | 16,080      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : SESENTA MIL SEISCIENTOS DIECINUEVE PESOS

VALOR NETO 50,940  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 50,940  
 IVA 9,679  
 TOTAL FACTURA 60,619

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

073004

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 158314 de Fecha 01-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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%/500ML CJX20 | 5,920.00       | 29,600      |
| 6        | SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20 | 5,360.00       | 32,160      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 61,760  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 61,760  
 IVA 11,734  
 TOTAL FACTURA 73,494

Emitido por *[Signature]* Solicitada por *Renzo 173* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407  
Dirección: AV. MARATON 1315

FECHA: 06-10-2014

Teléfono: 3655245

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 |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 124      | ALPRAZOLAM 0,5 MG. CAJA x 500 COMP. | 3,100.00       | 384,400     |



ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

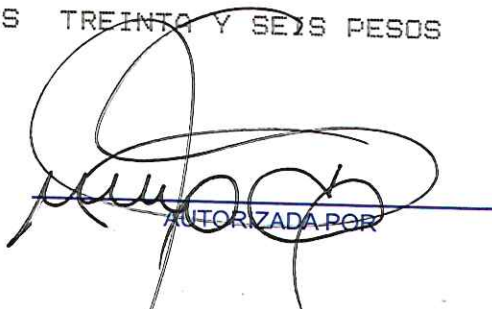
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 384,400  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 384,400  
IVA 73,036  
TOTAL FACTURA 457,436

|   |                                  |                      |  |
|---|----------------------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <i>nero H?</i><br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------------|----------------------|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 750057711

FECHA: 02-10-2014

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114\*A

Teléfono: 78537777

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

de Fecha

Sírvase despachar

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



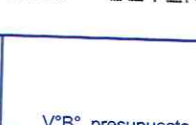
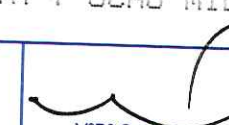
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | COMPUTADOR HP I3 PRODESK 400 G1, G3220, 4GB RAM, HDD 500GB, DVD-RW, WINDOWS 7 PRO 64Bit OEM P/DIFERENTES UNIDADES DEL CESFAM ARIZTIA. | 383,000.00     | 1,915,000   |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| ENTRADA       | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO                      | 1,915,000     |
| DESTINO       | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA   | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140   | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA  | 1,915,000     |
|               | : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                    | IVA           |
|               | : DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS | 363,850       |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 2,278,850     |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 4        | CLORO GEL                       | 671.00         | 2,684       |
| 4        | REPUESTO BLADE ENCHUFE VAINILLA | 1,820.00       | 7,280       |
| 2        | PANO AMARILLO                   | 130.00         | 260         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : DOCE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 10,224  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 10,224  
 IVA 1,943  
 TOTAL FACTURA 12,167

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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° 2

de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar

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


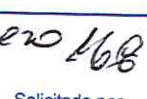


| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | CIF CREMA X 750 CC                                      | 750.00         | 3,000       |
| 2        | JABON LIQ, X 5LTS                                       | 2,735.00       | 5,470       |
| 1        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                                  | 881.00         | 881         |
| 4        | LISOFORM AEROSOL  | 1,236.00       | 4,944       |
| 5        | PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJ X 18 PQTS | 14,529.00      | 72,645      |
| 6        | PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE 2 ROLLOS   | 1,543.00       | 9,258       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                         |               |         |
|--|-------------------------|---------------|---------|
| VENTA :  | 421103 MATERIAL DE ASEO | VALOR NETO    | 96,198  |
| DESTINO :  | CASA MARLIT             | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                | SUB-TOTAL     | 96,198  |
| LUGAR ENTREGA :  | CERRO ALTAR 6611        | IVA           | 18,278  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA       | TOTAL FACTURA | 114,476 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                              |                         |               |         |
| MONTANTO : CIENTO CATORCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS |                         |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | CLORO X 5 LTS                                 |                |             |
| 6        | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON P | 1,205.00       | 4,820       |
|          | ETT   | 990.00         | 5,940       |
| 10       | TUBO FLORECENTE 20 WATTS                      | 256.00         | 2,560       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

DESTINO : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 CENTRO ENTREGA : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : QUINCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 13,320  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 13,320  
 IVA 2,531  
 TOTAL FACTURA 15,851

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar


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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA | 1,438.00       | 14,380      |
| 4        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                     | 881.00         | 3,524       |
| 10       | PILAS DX2 DURACELL                         | 1,527.00       | 15,270      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                             |               |        |
|--|-----------------------------|---------------|--------|
| ENTRADA :  | 421103 MATERIAL DE ASEO     | VALOR NETO    | 33,174 |
| DESTINO :  | CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 33,174 |
| LUGAR ENTREGA :  | RIO LOA 8350                | IVA           | 6,303  |
| TERMINO DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 39,477 |
| VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                               |                             |               |        |
| MONTANTO : TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS |                             |               |        |

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | new 168        |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | CLORO X LITRO                                | 315.00         | 315         |
| 8        | DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO | 840.00         | 6,720       |
| 3        | REPUESTO BLADE ENCHUFE VAINILLA              | 1,820.00       | 5,460       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ITEM : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : CATORCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 12,495  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 12,495  
 IVA 2,374  
 TOTAL FACTURA 14,869

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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° 2

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


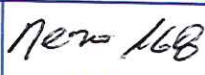


| CANTIDAD | DESCRIPCION          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------|----------------|-------------|
| 18       | TOALLA NOVA 4 ROLLOS | 1,686.00       | 30,348      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| ENTRADA : 421103 MATERIAL DE ASEO               | VALOR NETO    | 30,348 |
| DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA                   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                        | SUB-TOTAL     | 30,348 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A              | IVA           | 5,766  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA               | TOTAL FACTURA | 36,114 |
| VALOR : TREINTA Y SEIS MIL CIENTO CATORCE PESOS |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO                |                |             |
| 20       | BOLSA BASURA 80X110                               | 1,140.00       | 1,140       |
| 2        | CLORO GEL   | 630.00         | 12,600      |
| 20       | DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM | 671.00         | 1,342       |
| 10       | ESPONJA P/ LOZA                                   | 840.00         | 16,800      |
| 2        | LAVALOZAS X 5 LTS                                 |                |             |
| 1        | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.     | 135.00         | 1,350       |
| 2        | LUSTRA MUEBLES X 250 GRS                          | 2,890.00       | 5,780       |
| 10       | PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX                  | 2,500.00       | 2,500       |
| 10       | SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.            | 595.00         | 1,190       |
| 5        | TRAPERO DOBLE C/OJAL                              | 300.00         | 3,000       |
|          |   | 220.00         | 2,200       |
|          |   | 659.00         | 3,295       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : 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 : SESENTA MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR NETO    | 51,197 |
| DESCUENTO 0.0 | 0      |
| SUB-TOTAL     | 51,197 |
| IVA           | 9,727  |
| TOTAL FACTURA | 60,924 |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



FECHA: 02-10-2014

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° 2

de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 500      | BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.                 |                |             |
| 5        | CIF CREMA X 750 CC                                       | 700.00         | 350,000     |
| 6        | INSECTICIDA RAID MATA ARANAS                             | 750.00         | 3,750       |
| 5        | JABON LIG, X 5LTS  | 1,200.00       | 7,200       |
| 2        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                                   | 2,735.00       | 13,675      |
| 15       | LISOFORM AEROSOL   | 881.00         | 1,762       |
| 4        | PALA BASURA PLASTICA                                     | 1,236.00       | 18,540      |
| 5        | PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS | 438.00         | 1,752       |
| 30       | PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS  | 14,529.00      | 72,645      |
| 10       | PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS  | 1,543.00       | 46,290      |
| 10       | PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.             |                |             |
| 4        | RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.             | 870.00         | 8,700       |
| 4        | ROLLO ALUSA PLAS   | 1,290.00       | 5,160       |
| 4        | SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.                     | 1,001.00       | 4,004       |
|          |  | 950.00         | 3,800       |




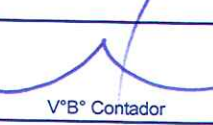
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                 |               |         |
|---------------------------------|---------------|---------|
| ENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  | VALOR NETO    | 537,278 |
| STINO : CONSULTORIO APOQUINDO   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| AZO ENTREGA : 24 HORAS          | SUB-TOTAL     | 537,278 |
| GAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  | IVA           | 102,083 |
| RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 639,361 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
N : SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 10       | CLORO X LITRO                                 | 315.00         | 3,150       |
| 12       | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | IC AZUL MAR COR                               | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | IC CITRICO                                    | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | IC MAGNOLIA                                   | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA | 3,560.00       | 42,720      |
| 12       | IC ROSA FLORES                                | 3,560.00       | 42,720      |
| 24       | DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO  | 840.00         | 20,160      |
| 10       | ROM   | 305.00         | 3,050       |
| 10       | DESODORANTE P/BAND                            | 135.00         | 1,350       |
| 5        | ESPONJA BONDDRIL                              | 6,282.00       | 31,410      |
|          | PAPELERO CON PEDAL 13.5 LTS. 36X26            |                |             |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                                |               |         |
|--|--------------------------------|---------------|---------|
| ENTREGA :  | 421103 MATERIAL DE ASEO        | VALOR NETO    | 230,000 |
| DESTINO :  | CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 230,000 |
| LUGAR ENTREGA :  | PAUL HARRIS 1140               | IVA           | 43,700  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 273,700 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |                                |               |         |
| MONTANTO : DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS |                                |               |         |

|                                 |                |                  |               |
|---------------------------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por<br><i>LA de 168</i> | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---------------------------------|----------------|------------------|---------------|

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

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvese despachar


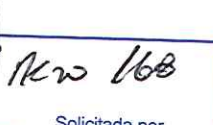


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 10       | CIF CREMA X 750 CC                            | 750.00         | 7,500       |
| 24       | DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL                   | 1,236.00       | 29,664      |
| 10       | JABON LIQ. 340 ML. KLAREN MANZANA C/DOSIFICAD | 525.00         | 5,250       |
| 12       | JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.          | 5,995.00       | 71,940      |
| 10       | TOALLA NOVA 4 ROLLOS                          | 1,686.00       | 16,860      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                  |               |         |
|---|----------------------------------|---------------|---------|
| ENTRADA   | : 421103 MATERIAL DE ASEO        | VALOR NETO    | 131,214 |
| DESTINO   | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 131,214 |
| LUGAR ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140               | IVA           | 24,931  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 156,145 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                 |                                  |               |         |
| MONTANTO: CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS |                                  |               |         |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvasse despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


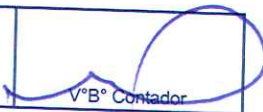
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | CLORO X 5 LTS                                     |                |             |
| 10       | DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO      | 1,205.00       | 6,025       |
|          | ROM   | 840.00         | 8,400       |
| 2        | DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO              |                |             |
| 2        | DISPENSADOR TOALLA C/PALANCA PISAMATIC T1200/1100 | 3,029.00       | 6,058       |
| 2        | LAVALOZAS X 5 LTS                                 | 26,980.00      | 53,960      |
| 5        | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.     | 2,890.00       | 5,780       |
| 10       | PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES                 | 2,500.00       | 12,500      |
| 10       | TRAPERO DOBLE C/OJAL                              | 480.00         | 4,800       |
|          |   | 659.00         | 6,590       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                     |               |         |
|---|-------------------------------------|---------------|---------|
| ENTREGA :   | 421103 MATERIAL DE ASEO             | VALOR NETO    | 104,113 |
| DESTINO :   | COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :   | 24 HORAS                            | SUB-TOTAL     | 104,113 |
| LUGAR ENTREGA :   | AVDA. CRISTOBAL COLON 9140          | IVA           | 19,781  |
| FORMA DE PAGO :   | 30 DIAS C/FACTURA                   | TOTAL FACTURA | 123,894 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                 |                                     |               |         |
| MONTANTO : CIENTO VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS |                                     |               |         |

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Memo 168       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 2        | FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS | 749.00         | 1,498       |
| 10       | GUANTES TEJIDO PVC            | 159.00         | 1,590       |
| 10       | LAVALOZAS QUIX 750 ML.        | 881.00         | 8,810       |
| 10       | LISOFORM AEROSOL              | 1,236.00       | 12,360      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                                       |               |        |
|--|---------------------------------------|---------------|--------|
| ENTRADA  | : 421103 MATERIAL DE ASEO             | VALOR NETO    | 24,258 |
| DESTINO  | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P. | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                            | SUB-TOTAL     | 24,258 |
| LUGAR ENTREGA  | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140          | IVA           | 4,609  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA                   | TOTAL FACTURA | 28,867 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |                                       |               |        |
| MONTANTO: VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS |                                       |               |        |

|             |                |               |
|-------------|----------------|---------------|
|             | Numero 168     |               |
| Emitido por | Solicitada por | V°B° Contador |

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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        | ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.                         |                |             |
| 10       | CLORO X 5 LTS                                     | 2,850.00       | 14,250      |
| 15       | CLORO GEL   | 1,205.00       | 12,050      |
| 9        | DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15          | 671.00         | 10,065      |
| 10       | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT | 2,850.00       | 25,650      |
| 2        | DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS                      | 990.00         | 9,900       |
| 4        | ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE             | 9,980.00       | 19,960      |
| 12       | ESPONJA VIRUTEX                                   | 135.00         | 540         |
| 2        | LAVALOZAS X 5 LTS                                 | 135.00         | 1,620       |
| 10       | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.     | 2,890.00       | 5,780       |
| 5        | LIMPIADOR PISO FLOTANTE                           | 2,500.00       | 25,000      |
| 2        | LIMPIAVIDRIOS X 5LTS                              | 1,350.00       | 6,750       |
| 10       | PANO AMARILLO                                     | 2,850.00       | 5,700       |
| 5        | PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50                      | 130.00         | 1,300       |
|          |   | 670.00         | 3,350       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                |               |         |
|---|--------------------------------|---------------|---------|
| ENTREGA :   | 421103 MATERIAL DE ASEO        | VALOR NETO    | 141,915 |
| DIRECCION :   | COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :   | 24 HORAS                       | SUB-TOTAL     | 141,915 |
| LUGAR ENTREGA :   | CAMINO EL ALBA 9280            | IVA           | 26,964  |
| FORMA DE PAGO :   | 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 168,879 |
| VALOR : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS |                                |               |         |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | BOLSA BASURA 80X120                     |                |             |
| 30       | CIF CREMA X 750 CC                      | 1,160.00       | 46,400      |
| 5        | DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT | 750.00         | 22,500      |
| 2        | JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.    | 1,680.00       | 8,400       |
| 5        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                  | 5,995.00       | 11,990      |
| 3        | TOALLA NOVA 4 ROLLOS                    | 881.00         | 4,405       |
| 10       | TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX    | 1,686.00       | 5,058       |
|          |   | 736.00         | 7,360       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CIENTO VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

|               |         |
|---------------|---------|
| VALOR NETO    | 106,113 |
| DESCUENTO 0.0 | 0       |
| SUB-TOTAL     | 106,113 |
| IVA           | 20,161  |
| TOTAL FACTURA | 126,274 |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BASURERO 80 LTS.                                   |                |             |
| 5        | COLOR X 5 LTS                                      | 13,250.00      | 13,250      |
| 15       | COLOR GEL  | 1,205.00       | 6,025       |
| 10       | DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM | 671.00         | 10,065      |
| 1        | DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS                       | 840.00         | 8,400       |
| 15       | ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE              | 9,980.00       | 9,980       |
| 5        | ESPONJA VIRUTEX                                    | 135.00         | 2,025       |
| 15       | HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.                    | 135.00         | 675         |
| 6        | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.      | 1,385.00       | 20,775      |
| 10       | LUSTRA MUEBLES X 250 GRS                           | 2,500.00       | 15,000      |
| 10       | PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo                | 595.00         | 5,950       |
| 15       | PANO AMARILLO                                      | 2,800.00       | 28,000      |
| 6        | PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37                | 130.00         | 1,950       |
| 10       | TRAPERO DOBLE C/OJAL                               | 300.00         | 1,800       |
|          |  | 659.00         | 6,590       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                           |               |         |
|--|---------------------------|---------------|---------|
| ENTRADA :  | 421103 MATERIAL DE ASEO   | VALOR NETO    | 130,485 |
| DESTINO :  | COLEGIO LEONARDO DA VINCI | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                  | SUB-TOTAL     | 130,485 |
| LUGAR ENTREGA :  | CERRO ALTAR 6811          | IVA           | 24,792  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 155,277 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                      |                           |               |         |
| MONTANTO : CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS |                           |               |         |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405  
Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

FECHA: 02-10-2014

Teléfono: 8206290

At: Sr: CAROLINA FUENZALIDA  
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. de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 30       | BOLSA BASURA 50X90                            |                |             |
| 10       | CIF CREMA X 750 CC                            | 389.00         | 11,670      |
| 2        | DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT       | 750.00         | 7,500       |
| 10       | JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.          | 1,680.00       | 3,360       |
| 8        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                        | 5,995.00       | 59,950      |
| 10       | LISOFORM AEROSOL                              | 881.00         | 7,048       |
| 10       | MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO       | 1,236.00       | 12,360      |
| 10       | PANOS SACO CON OJAL                           | 2,299.00       | 22,990      |
| 6        | REMOVEDOR AMONIACADO FURIA X 5 LTS            | 427.00         | 4,270       |
| 5        | TOALLA NOVA 4 ROLLOS                          | 6,219.00       | 37,314      |
| 10       | TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS. | 1,686.00       | 8,430       |
| 20       | VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts                     | 655.00         | 6,550       |
| 10       | VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE                    | 1,656.00       | 33,120      |
|          |   | 10.00          | 100         |





ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPOCHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS


VALOR NETO 214,662  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 214,662  
IVA 40,786  
TOTAL FACTURA 255,448

CUARENTA Y OCHO PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MA<br>IC AGUAMARI | 3,560.00       | 14,240      |
| 2        | DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO                          | 3,029.00       | 6,058       |
| 2        | DISPENSADOR TOALLA C/PALANCA PISAMATIC T1200/<br>1100         | 26,980.00      | 53,960      |
| 4        | SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.                        | 220.00         | 880         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO                      | VALOR NETO    | 75,138 |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR                       | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                              | SUB-TOTAL     | 75,138 |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651                       | IVA           | 14,276 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                     | TOTAL FACTURA | 89,414 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                   |               |        |
| MON : OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS |               |        |

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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° 2

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar


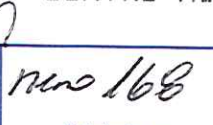

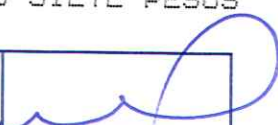
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | DISPENSADOR CONFORT JUMBO                     | 5,001.00       | 5,001       |
| 3        | INSECTICIDA RAID                              | 1,872.00       | 5,616       |
| 5        | SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA                | 640.00         | 3,200       |
| 5        | TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS. | 655.00         | 3,275       |
| 150      | VASOS PLASTICO PLUMAVIT                       | 248.00         | 37,200      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                         |                                     |        |
|--|-------------------------|-------------------------------------|--------|
| CUENTA :   | 421103 MATERIAL DE ASEO | VALOR NETO                          | 54,292 |
| DESTINO :  | COLEGIO SIMON BOLIVAR   | DESCUENTO 0.0                       | 0      |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                | SUB-TOTAL                           | 54,292 |
| LUGAR ENTREGA :  | TOMAS MORO 1651         | IVA                                 | 10,315 |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA       | TOTAL FACTURA                       | 64,607 |
| CONDICIONES : SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS |                         | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010





At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO            | 1,140.00       | 1,140       |
| 50       | BOLSA BASURA 80X110                           | 630.00         | 31,500      |
| 6        | CLORO X 5 LTS                                 | 1,205.00       | 7,230       |
| 10       | CLORO GEL                                     | 671.00         | 6,710       |
| 4        | DESODORANTE P/BANO                            | 305.00         | 1,220       |
| 8        | DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO          | 3,029.00       | 24,232      |
| 1        | LAVALOZAS X 5 LTS                             | 2,890.00       | 2,890       |
| 6        | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS. | 2,500.00       | 15,000      |
| 6        | LUSTRA MUEBLES X 250 GRS                      | 595.00         | 3,570       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO                         | VALOR NETO    | 93,492  |
| DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES               | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                 | SUB-TOTAL     | 93,492  |
| LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308                          | IVA           | 17,763  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                        | TOTAL FACTURA | 111,255 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                      |               |         |
| MON : CIENTO ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: 8206290

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

de Fecha **02-10-2014** Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 4        | ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE    |                |             |
| 3        | ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.       | 2,290.00       | 9,160       |
| 2        | ALCOHOL EN GEL 1 LITRO              | 1,007.00       | 3,021       |
| 4        | ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.     | 2,476.00       | 4,952       |
| 50       | BOLSA BASURA 50X70                  | 614.00         | 2,456       |
| 50       | BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND. | 197.00         | 9,850       |
| 10       | DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL         | 389.00         | 19,450      |
| 2        | INSECTICIDA RAID MATA ARANAS        | 1,236.00       | 12,360      |
| 2        | LIMPIADOR DE ALFOMBRA LIQUIDO       | 1,200.00       | 2,400       |
| 10       | VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts           | 3,031.00       | 6,062       |
|          |                                     | 1,656.00       | 16,560      |


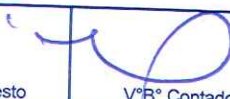
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
MODALIDAD ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : CIENTO DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 86,271  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 86,271  
IVA 16,391  
TOTAL FACTURA 102,662

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
|  | <b>Noro 168</b> |  |
| Emitido por  | Solicitada por  | V°B° Contador   |

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010



At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

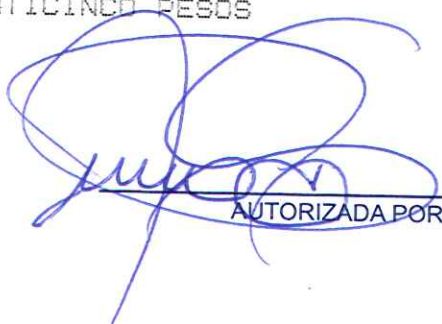
| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.                                    | 2,850.00       | 5,700       |
| 4        | CLORO X 5 LTS  | 1,205.00       | 4,820       |
| 6        | CLORO GEL  | 671.00         | 4,026       |
| 2        | DESENGRASANTE X 5 LTS  | 2,850.00       | 5,700       |
| 3        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA IC CITRICO     | 3,560.00       | 10,680      |
| 3        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA IC ROSA FLORES | 3,560.00       | 10,680      |
| 10       | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POTT              | 990.00         | 9,900       |
| 2        | DISPENSADOR TOALLA C/PALANCA PISAMATIC T1200/1100            | 26,980.00      | 53,960      |
| 4        | ESPONJA P/ LOZA  | 135.00         | 540         |
| 3        | LAVALOZAS X 5 LTS  | 2,890.00       | 8,670       |
| 6        | LUSTRA MUEBLES X 250 GRS                                     | 595.00         | 3,570       |
| 6        | PANO AMARILLO  | 130.00         | 780         |
| 6        | PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50                                 | 670.00         | 4,020       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |         |
|---|---------------|---------|
| ENTRADA : 421103 MATERIAL DE ASEO                                     | VALOR NETO    | 123,046 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                                 | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  | SUB-TOTAL     | 123,046 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                            | IVA           | 23,379  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                                     | TOTAL FACTURA | 146,425 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                   |               |         |
| MONTANTO : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS |               |         |

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 168<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405  
Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

FECHA: 02-10-2014

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE  | 2,290.00       | 9,160       |
| 6        | ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.   | 614.00         | 3,684       |
| 2        | BARRE HOJAS   | 3,001.00       | 6,002       |
| 20       | BOLSA BASURA 50X70  | 197.00         | 3,940       |
| 40       | BOLSA BASURA 80X120   | 1,160.00       | 46,400      |
| 10       | BOLSA BASURA 50X90  | 389.00         | 3,890       |
| 4        | CIF CREMA X 750 CC  | 750.00         | 3,000       |
| 15       | DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL   | 1,236.00       | 18,540      |
| 4        | DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK +<br>EPUESTO LAVANDA             | 3,890.00       | 15,560      |
| 1        | FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS   | 749.00         | 749         |
| 4        | INSECTICIDA RAID MATA ARANAS  | 1,200.00       | 4,800       |
| 3        | MOPA CLASICA VILEDA C/MANGO REUTILIZABLE                                    | 2,299.00       | 6,897       |
| 15       | PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE<br>2 ROLLOS PARA DISPENSADORES | 1,543.00       | 23,145      |
| 4        | PANOS COCINA  | 453.00         | 1,812       |
| 2        | PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.                                | 870.00         | 1,740       |
| 3        | TOALLA NOVA 4 ROLLOS  | 1,686.00       | 5,058       |
| 6        | TRAPERO TRAMY ABSORVENTE 55X49  | 1,908.00       | 11,448      |
| 4        | VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts   | 1,656.00       | 6,624       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DIRECCION : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : DOSCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS

VALOR NETO 172,449  
DESCUENTO 0.0  
SUB-TOTAL 172,449  
IVA 32,765  
TOTAL FACTURA 205,214

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010


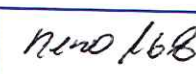


At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 6        | BOLSA BASURA 80X110  | 630.00         | 3,780       |
| 12       | CLORO X 5 LTS  | 1,205.00       | 14,460      |
| 1        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA<br>C CITRICO | 3,560.00       | 3,560       |
| 1        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA<br>C LAVANDA | 3,560.00       | 3,560       |
| 1        | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODIIN P<br>ETT      | 990.00         | 990         |
| 1        | DESODOR/AMB. AIRWICK 250ML MATIC+RPTO CANELA               | 5,990.00       | 5,990       |
| 8        | ESPONJA P/ LOZA  | 135.00         | 1,080       |
| 2        | REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA                      | 3,560.00       | 7,120       |
| 1        | GUANTES L virutex latex                                    | 587.00         | 587         |
| 5        | LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.              | 2,500.00       | 12,500      |
| 1        | LIMPIAVIDRIOS X 5LTS                                       | 2,850.00       | 2,850       |
| 5        | LUSTRA MUEBLES X 250 GRS                                   | 595.00         | 2,975       |
| 8        | SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.                     | 220.00         | 1,760       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                           |               |        |
|--|---------------------------|---------------|--------|
| ENTA   | : 421103 MATERIAL DE ASEO | VALOR NETO    | 61,212 |
| STINO  | : COLEGIO JUAN PABLO II   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| AZO ENTREGA  | : 24 HORAS                | SUB-TOTAL     | 61,212 |
| GAR ENTREGA  | : CALLE PATRICIA 9040     | IVA           | 11,630 |
| PRIMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA       | TOTAL FACTURA | 72,842 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                    |                           |               |        |
| N : SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS |                           |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



FECHA: 02-10-2014

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° 2

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar

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


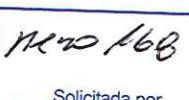


| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE              |                |             |
| 2        | ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.                 | 2,290.00       | 9,160       |
| 2        | ALCOHOL EN GEL 1 LITRO                        | 1,007.00       | 2,014       |
| 8        | BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.           | 2,476.00       | 4,952       |
| 5        | BOLSA BASURA 120X130                          | 389.00         | 3,112       |
| 5        | CIF CREMA X 750 CC                            | 1,557.00       | 7,785       |
| 1        | DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO | 750.00         | 3,750       |
| 1        | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE       | 3,214.00       | 3,214       |
| 4        | DETERGENTE OMO 400 KGS                        | 1,150.00       | 1,150       |
| 8        | ISOPO PARA W.C. PLASTICO C/RECIPIENTE         | 807.00         | 3,228       |
| 1        | JABON LIQ. X 5LTS                             | 511.00         | 4,088       |
| 6        | LAVALOZAS QUIX 750 ML.                        | 2,735.00       | 2,735       |
| 4        | MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.                | 881.00         | 5,286       |
| 2        | PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS                    | 7,801.00       | 31,204      |
| 8        | PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE  | 2,480.00       | 4,960       |
|          | 2 ROLLOS                                      | 1,543.00       | 12,344      |
| 6        | PANOS SACO CON OJAL                           |                |             |
| 12       | TOALLA NOVA 4 ROLLOS                          | 427.00         | 2,562       |
| 12       | VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts                     | 1,686.00       | 20,232      |
|          |   | 1,656.00       | 19,872      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                           |               |         |
|---|---------------------------|---------------|---------|
| ENTRADA   | : 421103 MATERIAL DE ASEO | VALOR NETO    | 141,648 |
| DESTINO   | : COLEGIO JUAN PABLO II   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                | SUB-TOTAL     | 141,648 |
| LUGAR ENTREGA   | : CALLE PATRICIA 9040     | IVA           | 26,913  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA       | TOTAL FACTURA | 168,561 |
| VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                              |                           |               |         |
| MONTANTO: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS |                           |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | CLORO X LITRO  |                |             |
| 2        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA IC AGUAMARI    | 315.00         | 630         |
| 2        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA IC CITRICO     | 3,560.00       | 7,120       |
| 2        | DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MA IC ROSA FLORES | 3,560.00       | 7,120       |
| 2        | DESODOR/AMB. AIRWICK 250ML MATIC+RPTO CANELA                 | 3,560.00       | 7,120       |
| 20       | PANO AMARILLO  | 5,990.00       | 11,980      |
| 5        | PANO MULTIUSO GRANDE   | 130.00         | 2,600       |
| 10       | SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.                       | 300.00         | 1,500       |
|          |  | 220.00         | 2,200       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 : CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS

VALOR NETO 40,270  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,270  
 IVA 7,651  
 TOTAL FACTURA 47,921

Emitido por *[Signature]*  
 Solicitada por *René 168*  
 V°B° presupuesto *[Signature]*  
 V°B° Confesor *[Signature]*

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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° 2

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------|----------------|-------------|
| 20       | AMPOLLETA 40 WATT    | 175.00         | 3,500       |
| 20       | BOLSA BASURA 50X70   | 197.00         | 3,940       |
| 10       | BOLSA BASURA 130X130 | 1,815.00       | 18,150      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO

DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 25,590

DESCUENTO 0.0 0

SUB-TOTAL 25,590

IVA 4,862

TOTAL FACTURA 30,452

|  |                |                  |  |
|--|----------------|------------------|--|
|  | 11-ene 1668    |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador  |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

12

de Fecha

02-10-2014

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 3        | ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO            | 1,140.00       | 3,420       |
| 8        | CLORO X LITRO                                 | 315.00         | 2,520       |
| 3        | DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT   | 990.00         | 2,970       |
| 5        | GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USD | 587.00         | 2,935       |
| 10       | PANO AMARILLO                                 | 130.00         | 1,300       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 : QUINCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 13,145  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 13,145  
 IVA 2,498  
 TOTAL FACTURA 15,643

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|             | Mena 168       |                  |               |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.                | 389.00         | 3,890       |
| 3        | DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BOA. AIR WICK | 1,150.00       | 3,450       |
| 2        | JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.                  | 5,998.00       | 11,996      |
| 2        | SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.               | 950.00         | 1,900       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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

VALOR NETO 21,236  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 21,236  
IVA 4,035  
TOTAL FACTURA 25,271

SON : VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | Memo 168       |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 02-10-2014

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



| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 20       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA | 1,550.00       | 31,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

DESTINO : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS

VALOR NETO 31,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 31,000  
 IVA 5,890  
 TOTAL FACTURA 36,890

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 169<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 | 1,873.00       | 37,460      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

DESTINO : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
LUGAR ENTREGA : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
FORMA DE PAGO : CAMINO EL ALBA 9280  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 37,460  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 37,460  
IVA 7,117  
TOTAL FACTURA 44,577

VALOR : CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nero 169       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

072971

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

14

de Fecha

02-10-2014

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3 | 1,524.00       | 7,620       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

DESTINO : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS

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

|           |                |                  |               |
|-----------|----------------|------------------|---------------|
| Emiso por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-----------|----------------|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



FECHA: 02-10-2014

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° 4

de Fecha 02-10-2014 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 |
|----------|--------------------------------------|----------------|-------------|
| 50       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO | 1,873.00       | 93,650      |
| 15       | PILAS AAA x 4                        | 1,434.00       | 21,510      |

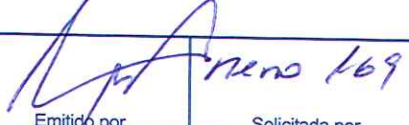
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL CUARENTA PESOS

VALOR NETO 115,160  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 115,160  
IVA 21,880  
TOTAL FACTURA 137,040

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 02-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 14 de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.




| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO                   | 116.00         | 580         |
| 10       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OP              | 212.00         | 2,120       |
| 5        | CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID LIQUID PAPER | 498.00         | 2,490       |
| 5        | CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE                                | 1,208.00       | 6,040       |
| 70       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA                        | 1,550.00       | 108,500     |
| 10       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT               | 745.00         | 7,450       |
| 10       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT                | 745.00         | 7,450       |
| 3        | TIJERAS GRANDE   | 450.00         | 1,350       |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                   |               |         |
|-----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES | VALOR NETO    | 135,980 |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS          | SUB-TOTAL     | 135,980 |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651   | IVA           | 25,836  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 161,816 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS

|   |                            |   |  |
|---|----------------------------|---|--|
| <br>Emitado por | Neno 169<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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° 4 de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL  | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL      | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO                | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL          | 959.00         | 1,918       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL        | 959.00         | 1,918       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                   |               |        |
|-----------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES | VALOR NETO    | 11,508 |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS          | SUB-TOTAL     | 11,508 |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651   | IVA           | 2,187  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA | TOTAL FACTURA | 13,695 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : TRECE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 4

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


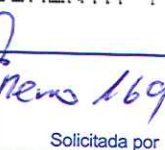
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE            | 555.00         | 2,775       |
| 5        | BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA                        | 346.00         | 1,730       |
| 3        | CAJA ALFILERES                                      | 161.00         | 483         |
| 10       | CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.                          | 124.00         | 1,240       |
| 30       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE           | 123.00         | 3,690       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE               | 123.00         | 2,460       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE             | 123.00         | 2,460       |
| 30       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE            | 123.00         | 3,690       |
| 30       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE            | 123.00         | 3,690       |
| 30       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE               | 123.00         | 3,690       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO                     | 123.00         | 2,460       |
| 30       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE        | 123.00         | 3,690       |
| 30       | CARTULINA 55 X 77 COLOR VERDE OSCURO PROARTE        | 123.00         | 3,690       |
| 5        | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO                      | 921.00         | 4,605       |
| 4        | MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.                    | 842.00         | 3,368       |
| 5        | MODELPASTA CERAMICA EN FRIO 1/2 KILO ARTEL          | 2,513.00       | 12,565      |
| 20       | PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO              | 86.00          | 1,720       |
| 20       | PAPEL CREPE PLIEGO BLANCO ROLLY                     | 86.00          | 1,720       |
| 20       | PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY                    | 86.00          | 1,720       |
| 20       | PAPEL CREPE PLIEGO MORADO                           | 86.00          | 1,720       |
| 30       | PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY                    | 86.00          | 2,580       |
| 20       | PAPEL CREPE PLIEGO ROSADO                           | 86.00          | 1,720       |
| 30       | PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY               | 86.00          | 2,580       |
| 20       | PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.      | 86.00          | 1,720       |
| 40       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO                | 1,873.00       | 74,920      |
| 2        | PLUMON PERMANENTE AMARILLO PILOT                    | 184.00         | 368         |
| 3        | PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO               | 184.00         | 552         |
| 2        | PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA SILVER MEDIO P ILOT | 1,255.00       | 2,510       |
| 10       | POST IT CHICO AMARILLO higland                      | 110.00         | 1,100       |
| 10       | REGLA 20 CM. TRANSPARENTE                           | 59.00          | 590         |
| 10       | REGLA 30 CM CRISTAL                                 | 98.00          | 980         |
| 5        | STICK FIX 40 gr. PRITT                              | 437.00         | 2,185       |
| 2        | TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO                           | 959.00         | 1,918       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                          |               |         |
|-----------------|--------------------------|---------------|---------|
| VENTA :         | 421120 INSUMOS ESCOLARES | VALOR NETO    | 156,889 |
| DESTINO :       | COLEGIO SIMON BOLIVAR    | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | 24 HORAS                 | SUB-TOTAL     | 156,889 |
| LUGAR ENTREGA : | TOMAS MORO 1651          | IVA           | 29,809  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 186,698 |

MONTO : CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

|   |   |                  |               |
|---|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|---|------------------|---------------|

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr. de Fecha 02-10-2014  
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. **Sírvase despachar**

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES        |                |             |
| 3        | CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel             | 110.00         | 550         |
| 3        | CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel             | 235.00         | 705         |
| 20       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OP | 285.00         | 855         |
| 2        | CORCHETERA BOSH                               | 212.00         | 4,240       |
| 15       | DESTACADOR AMARILLO                           | 3,557.00       | 7,114       |
| 15       | DESTACADOR CELESTE                            | 120.00         | 1,800       |
| 15       | DESTACADOR NARANJO                            | 120.00         | 1,800       |
| 15       | DESTACADOR ROSADO                             | 120.00         | 1,800       |
| 15       | DESTACADOR VERDE                              | 120.00         | 1,800       |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS CARTA                        | 120.00         | 1,800       |
| 100      | FUNDAS PLASTICAS OFICIO                       | 18.00          | 1,800       |
| 50       | LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u               | 20.00          | 2,000       |
| 30       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA           | 85.00          | 4,250       |
| 30       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT   | 1,550.00       | 46,500      |
| 30       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT  | 745.00         | 22,350      |
| 30       | PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT   | 745.00         | 22,350      |
| 3        | PORTA MINAS 0.5 PENTEL                        | 745.00         | 22,350      |
| 3        | PORTA MINAS 0.9 ISOFIT                        | 590.00         | 1,770       |
| 3        | PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER                     | 590.00         | 1,770       |
| 1        | MARCADOR CD SHARPIE NEGRO 19501NG             | 2,660.00       | 7,980       |
|          |   | 495.00         | 495         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPTIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPTIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                    |               |         |
|---|------------------------------------|---------------|---------|
| SENTA   | : 421120 INSUMOS ESCOLARES         | VALOR NETO    | 156,079 |
| STINO   | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| AZO ENTREGA   | : 24 HORAS                         | SUB-TOTAL     | 156,079 |
| BAR ENTREGA   | : VIA LACTEA 9308                  | IVA           | 29,655  |
| ORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 185,734 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                               |                                    |               |         |
| N : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS |                                    |               |         |

|                    |                |                  |                    |
|--------------------|----------------|------------------|--------------------|
| Emitido por        | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador      |
| <i>[Signature]</i> | Peno 169       |                  | <i>[Signature]</i> |

OBSERVACIONES: PROVEEDOR AUTORIZADA POR *[Signature]*

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**  
 Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

FECHA: **02-10-2014**

Teléfono: **8206290**

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

de Fecha **02-10-2014**

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                               | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI | 345.00         | 690         |
| 5        | CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS   | 428.00         | 2,140       |
| 5        | CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC   | 459.00         | 2,295       |
| 200      | VASOS T <sub>ERMICOS</sub> 300ML          | 450.00         | 90,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
 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  
 MONTO : CIENTO TRECE MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 95,125  
 DESCUENTO 0,0 0  
 SUB-TOTAL 95,125  
 IVA 18,074  
 TOTAL FACTURA 113,199

|            |              |                  |               |
|------------|--------------|------------------|---------------|
|            |              |                  |               |
| Emitted by | Requested by | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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° 4

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 30       | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE            | 555.00         | 16,650      |
| 5        | BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON            | 493.00         | 2,465       |
| 1        | CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"           | 11,440.00      | 11,440      |
| 10       | CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI           | 345.00         | 3,450       |
| 3        | CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.                          | 124.00         | 372         |
| 10       | CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI            | 595.00         | 5,950       |
| 8        | CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS   | 756.00         | 6,048       |
| 10       | CARPETA CARTULINA AZUL                              | 59.00          | 590         |
| 1        | CARPETA FUELLE OFICIO MALETIN                       | 7,225.00       | 7,225       |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO          | 145.00         | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL              | 145.00         | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA           | 145.00         | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO              | 145.00         | 725         |
| 5        | CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE             | 145.00         | 725         |
| 30       | CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO               | 209.00         | 6,270       |
| 10       | CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO                      | 921.00         | 9,210       |
| 20       | CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M       | 385.00         | 7,700       |
| 5        | CUADERNILLO MATEMATICAS                             | 69.00          | 345         |
| 5        | DEDOS GOMA AZUL                                     | 73.00          | 365         |
| 1        | LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.             | 7,482.00       | 7,482       |
| 30       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO                    | 105.00         | 3,150       |
| 20       | LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES               | 27.00          | 540         |
| 1        | MAGIC CLIPER DISPENSADOR 4 Y 6 MM. ADIX             | 783.00         | 783         |
| 1        | MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE                 | 429.00         | 429         |
| 1        | MARCADOR CD SHARPIE AZUL 19501AZ                    | 575.00         | 575         |
| 1        | MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ | 575.00         | 575         |
| 2        | MICA OFICIO 50 UND. GRIS                            | 4,559.00       | 9,118       |
| 10       | PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO                | 1,873.00       | 18,730      |
| 3        | PORTA MINAS 0.7                                     | 402.00         | 1,206       |
| 30       | STICK FIX 40 gr. PRITT                              | 437.00         | 13,110      |
| 1        | MARCADOR CD SHARPIE ROJO 19501RJ                    | 575.00         | 575         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                                  |               |         |
|--|----------------------------------|---------------|---------|
| ENTRADA :  | 421120 INSUMOS ESCOLARES         | VALOR NETO    | 137,978 |
| DESTINO :  | COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                         | SUB-TOTAL     | 137,978 |
| MODO ENTREGA :   | VIA LACTEA 9308                  | IVA           | 26,216  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 164,194 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                  |                                  |               |         |
| MONTANTO : CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS |                                  |               |         |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Firma]*  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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




| CANTIDAD | DESCRIPCION                                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 12       | CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO                    | 60.00          | 720         |
| 12       | GOMA DE BORRAR STAEDTLER                     | 95.00          | 1,140       |
| 12       | MARCADOR ROPA M10 NEGRO                      | 529.00         | 6,348       |
| 2        | PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3     | 1,524.00       | 3,048       |
| 12       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet | 218.00         | 2,616       |
| 12       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO   | 218.00         | 2,616       |
| 12       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO   | 218.00         | 2,616       |
| 6        | TIJERAS GRANDE                               | 450.00         | 2,700       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                             |               |        |
|---|-----------------------------|---------------|--------|
| ENTRADA :   | 421120 INSUMOS ESCOLARES    | VALOR NETO    | 21,804 |
| DESTINO :   | COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA :   | 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 21,804 |
| LUGAR ENTREGA :   | AVDA. CRISTOBAL COLON 9188  | IVA           | 4,143  |
| FORMA DE PAGO :   | 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 25,947 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                           |                             |               |        |
| MONTANTO : VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS |                             |               |        |

|   |                       |   |  |
|---|-----------------------|---|--|
| <br>Emitido por | 169<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 02-10-2014

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° 4

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar


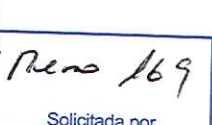


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 12       | BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE            |                |             |
| 12       | BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.            | 555.00         | 6,660       |
| 12       | BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.                | 465.00         | 5,580       |
| 12       | CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS             | 279.00         | 3,348       |
| 10       | CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC             | 428.00         | 5,136       |
| 12       | CARTON FERRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO               | 459.00         | 4,590       |
| 12       | CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA              | 209.00         | 2,508       |
| 12       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE         | 239.00         | 2,868       |
| 12       | CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORD PROARTE          | 270.00         | 3,240       |
| 12       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE           | 270.00         | 3,240       |
| 12       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE               | 123.00         | 1,476       |
| 12       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE             | 123.00         | 1,476       |
| 24       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE            | 123.00         | 1,476       |
| 12       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE            | 123.00         | 2,952       |
| 12       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE               | 123.00         | 1,476       |
| 15       | CUADERNO COLLEGE 80 HJS.                            | 123.00         | 1,476       |
| 12       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL                     | 286.00         | 4,290       |
| 12       | LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO                    | 105.00         | 1,260       |
| 12       | MARCADOR ROPA M10 AZUL                              | 105.00         | 1,260       |
| 12       | MARCADOR ROPA M10 ROJO                              | 746.00         | 8,952       |
| 6        | MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.                    | 746.00         | 8,952       |
| 2        | MICA CARTA 50 UND. GRIS                             | 842.00         | 5,052       |
| 2        | MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO | 1,486.00       | 2,972       |
| 24       | PAPEL CRAF PLIEGO                                   | 4,559.00       | 9,118       |
| 12       | PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO       | 43.00          | 1,032       |
| 12       | PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO           | 555.00         | 6,660       |
| 3        | PUSH PINS X 100 UND.                                | 227.00         | 2,724       |
| 12       | STICK FIX 40 gr. PRITT                              | 370.00         | 1,110       |
| 12       | STICK FIX 40 gr. UHU                                | 437.00         | 5,244       |
|          |   | 618.00         | 7,416       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |         |
|---|---------------|---------|
| ENTRADA : 421120 INSUMOS ESCOLARES                            | VALOR NETO    | 113,544 |
| DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                         | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                      | SUB-TOTAL     | 113,544 |
| LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                    | IVA           | 21,573  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                             | TOTAL FACTURA | 135,117 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                           |               |         |
| MONTANTO : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL CIENTO DIECISIETE PESOS |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP | 212.00         | 2,120       |
| 24       | LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u                | 85.00          | 2,040       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
DIRECCION : COLEGIO JUAN PABLO II  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

VALOR NETO 4,160  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 4,160  
IVA 790  
TOTAL FACTURA 4,950

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405  
Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

FECHA: 02-10-2014

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 4 de Fecha 02-10-2014  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **Sírvase despachar**

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M                        | 2,729.00       | 10,916      |
| 1        | CAJA CORCHETES 1000 UNID. PARA ENGRAPADORA 260 5/16 8M.M. | 1,780.00       | 1,780       |
| 30       | CARPETA CARTULINA AZUL                                    |                |             |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE                 | 59.00          | 1,770       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE                     | 123.00         | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE                   | 123.00         | 1,230       |
| 20       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE                  | 123.00         | 1,230       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE                     | 123.00         | 2,460       |
| 10       | CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE              | 123.00         | 1,230       |
| 1        | CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO                            | 123.00         | 1,230       |
| 6        | STICK FIX 40 gr. UHU                                      | 923.00         | 923         |
|          |   | 618.00         | 3,708       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 27,707  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 27,707  
IVA 5,264  
TOTAL FACTURA 32,971

Emitido por *[Signature]* Solicitada por *11ero 169*  
V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar

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


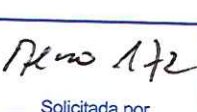

| CANTIDAD | DESCRIPCION                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD | 1,800.00       | 1,800       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |   |                     |
|--|---|---------------------|
| ENTRADA  | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 1,800               |
| DESTINO  | : CENTRO IMAGENOLOGÍA                               | DESCUENTO 0.0 0     |
| PLAZO ENTREGA                                  | : 24 HORAS  | SUB-TOTAL 1,800     |
| LUGAR ENTREGA                                  | : CERRO ALTAR 6611-A                                | IVA 342             |
| FORMA DE PAGO                                  | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | TOTAL FACTURA 2,142 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO            |   |                     |
| MONTANTO : DOS MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS |   |                     |

|   |   |                      |  |
|---|---|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|----------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010


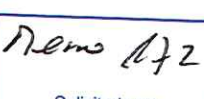
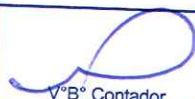
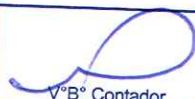
At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 20       | MOUSE CON SCROLL USB                     | 1,890.00       | 37,800      |
| 20       | PAD MOUSE MAXXTRO GEL NEGRO/AZUL         | 1,350.00       | 27,000      |
| 5        | TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO | 16,750.00      | 83,750      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

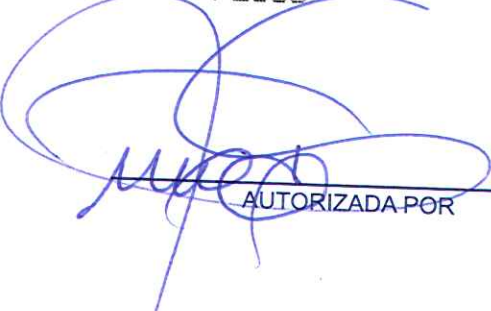
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |   |               |         |
|---|---|---------------|---------|
| ENTRADA   | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI | VALOR NETO    | 148,550 |
| ESTIMADO  | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA          | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 148,550 |
| PERSONA ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140                        | IVA           | 28,225  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 176,775 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                   |   |               |         |
| MONTANTO: CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS |   |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:


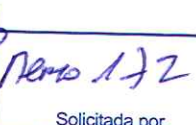


De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014. Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 20       | DVD-R IMATION 4.7 GB 16X | 311.00         | 6,220       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |   |               |       |
|--|---|---------------|-------|
| ENTRADA  | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI | VALOR NETO    | 6,220 |
| ESTADO   | : CONSULTORIO APOQUINDO                   | DESCUENTO 0.0 | 0     |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 6,220 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 1,182 |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 7,402 |
| VALOR EN LETRAS: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |   |               |       |
| MONTANTO: SIETE MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS          |   |               |       |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 02-10-2014

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° 3

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar

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


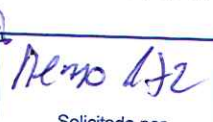

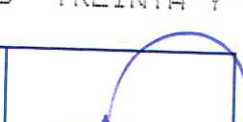
| CANTIDAD | DESCRIPCION    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------|----------------|-------------|
| 50       | SOBRES PARA CD | 967.00         | 48,350      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |   |               |        |
|--|---|---------------|--------|
| ENTRADA  | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI | VALOR NETO    | 48,350 |
| DESTINO  | : CONSULTORIO APOQUINDO                   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 48,350 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 9,187  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 57,537 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                              |   |               |        |
| MONTANTO: CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS |   |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar





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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 5        | KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD | 1,800.00       | 9,000       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |   |                      |
|-----------------|---|----------------------|
| ENTREGA :       | 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 9,000                |
| DESTINO :       | CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA                    |                      |
| PLAZO ENTREGA : | 24 HORAS  | DESCUENTO 0.0 0      |
| LUGAR ENTREGA : | PAUL HARRIS 1140                                  | SUB-TOTAL 9,000      |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA                                 | IVA 1,710            |
|                 | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO               | TOTAL FACTURA 10,710 |
| CANTIDAD :      | DIEZ MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS                   |                      |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010


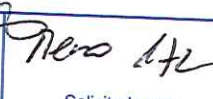


At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **Sírvase despachar**

| CANTIDAD | DESCRIPCION          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------|----------------|-------------|
| 5        | MOUSE CON SCROLL USB | 1,890.00       | 9,450       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| ENTRADA       | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 9,450         |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.               | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140                        | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | 9,450         |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | IVA           |
|               | ONCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS           | 1,796         |
|               |   | TOTAL FACTURA |
|               |   | 11,246        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 02-10-2014

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° 3

de Fecha

02-10-2014

Sírvase despachar

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



| CANTIDAD | DESCRIPCION                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------------|----------------|-------------|
| 5        | MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO | 4,875.00       | 24,375      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| SENTA         | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 24,375        |
| STINO         | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.               | DESCUENTO 0.0 |
| LAZO ENTREGA  | : 24 HORAS  | 0             |
| BAR ENTREGA   | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140                        | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | TOTAL FACTURA |
|               | : VEINTINUEVE MIL SEIS PESOS                        | 29,006        |

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | neto 172       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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        | CHOCOLATE SAHNE NUSS X 30 | 7,890.76       | 23,672      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 425123 GASTOS EN COLACIONES  
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTIOCHO MIL CIENTO SETENTA PESOS

VALOR NETO 23,672  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 23,672  
 IVA 4,498  
 TOTAL FACTURA 28,170

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-10-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar





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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 35 X 70 ADETEC DISPLAY | 247.00         | 1,235       |
| 5        | ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 18 - 53 X 100          | 247.00         | 1,235       |
| 2        | HUB USB DE 4 PUERTOS                           | 1,998.00       | 3,996       |
| 8        | KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD                  | 1,800.00       | 14,400      |
| 4        | MASTER RISO CZ 180                             | 27,294.00      | 109,176     |
| 10       | MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO                   | 4,875.00       | 48,750      |
| 4        | TINTA RISO CZ 180 BLACK                        | 27,294.00      | 109,176     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |  |               |
|-----------------|--|---------------|
| ENTRADA :       | 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO                        | 287,968       |
| DESTINO :       | COLEGIO LEONARDO DA VINCI  |               |
| PLAZO ENTREGA : | 24 HORAS   | DESCUENTO 0.0 |
| LUGAR ENTREGA : | CERRO ALTAR 6811   | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA  | IVA           |
|                 | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                      | TOTAL FACTURA |
|                 | MONTECITO TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS | 342,682       |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 02-10-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 13 de Fecha 02-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **Sírvase despachar**

| CANTIDAD | DESCRIPCION      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------|----------------|-------------|
| 5        | MOUSE USB GENIUS | 1,890.00       | 9,450       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| ENTRADA       | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 9,450         |
| DESTINO       | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                             | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : TOMAS MORO 1651                                   | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | 9,450         |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                 | IVA           |
|               | : ONCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS         | TOTAL FACTURA |
|               |   | 11,246        |

|                                   |                |                  |               |
|-----------------------------------|----------------|------------------|---------------|
| Emitido por<br><i>LA PERO 172</i> | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-----------------------------------|----------------|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): TRANSPORTE RIOJA LTDA. 771246109

Dirección: COMPANIA 4551

Teléfono: 2286630

At.: Sr.: MARICARMEN YANGUAS

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 ***15-10-14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING CON TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 120,000.00     | 240,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                       |  |                       |
|---------------------------------------|--|-----------------------|
| AGENCIA :                             | 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 240,000               |
| DESTINO :                             | COLEGIO SIMON BOLIVAR                              | DESCUENTO 0.0         |
| PLAZO ENTREGA :                       | INMEDIATA  | SUB-TOTAL 240,000     |
| LUGAR ENTREGA :                       | TOMAS MORO 1651                                    | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO :                       | 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 240,000 |
| VALOR : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS |  |                       |

|  |              |   |
|--|--------------|---|
|  | 1510802      |  |
| Emitted by   | Solicited by | V.B. Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

Señor(es): TRANSPORTE RIOJA LTDA. 771246109

Dirección: COMPANIA 4551

Teléfono: 2286630

At.: Sr.: MARICARMEN YANGUAS

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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 44 PAX ***14-10-14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 120,000.00     | 120,000     |



ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

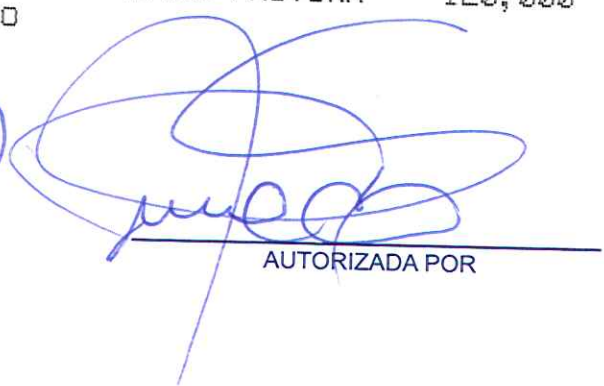
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 120,000       |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                                    | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | 120,000       |
|               |  | IVA           |
|               |  | 0             |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 120,000       |

MON : CIENTO VEINTE MIL PESOS

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | 771246109      |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): HERIBERTO OTTO SCHENEIDER HUBNER 031265533

Dirección: CAUPOLICAN 3513

Teléfono: 0

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        | BUS 44 PAX ***13-10-14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 170,000.00     | 170,000     |



ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |  |               |
|-----------------|--|---------------|
| DESTINO :       | 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 170,000       |
| PLAZO ENTREGA : | COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 |
| FORMA ENTREGA : | INMEDIATA  | 0             |
| FORMA DE PAGO : | CAMINO EL ALBA 9280                                | SUB-TOTAL     |
|                 | 30 DIAS C/FACTURA                                  | 170,000       |
|                 | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                | IVA           |
|                 |  | 0             |
|                 |  | TOTAL FACTURA |
|                 |  | 170,000       |

MONTO : CIENTO SETENTA MIL PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nemo 802       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto  |
|  |                | V°B° Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 06-10-2014

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114\*A

Teléfono: 78537777

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

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | NOTEBOOK HP ENVY 14-k1061a CORE i5-4200U 8GB / 750GB 14" GT 740M 2GB WB | 550,000.00     | 550,000     |



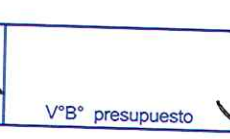
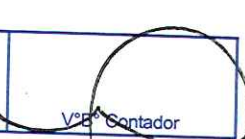
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

VENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA  
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS

|               |         |
|---------------|---------|
| VALOR NETO    | 550,000 |
| DESCUENTO 0.0 | 0       |
| SUB-TOTAL     | 550,000 |
| IVA           | 104,500 |
| TOTAL FACTURA | 654,500 |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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 |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 60       | CACHANTUN SABOR 500 CC | 377.31         | 22,639      |
| 3        | BOLSA DE CEREAL QUAKER | 1,924.37       | 5,773       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |        |
|---------------|---|---------------|--------|
| CUENTA        | : 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD | VALOR NETO    | 28,412 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA        | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                             | SUB-TOTAL     | 28,412 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                      | IVA           | 5,398  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                     | TOTAL FACTURA | 33,810 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS

|             |                |                  |               |
|-------------|----------------|------------------|---------------|
|             | new 229        |                  |               |
| Emitido por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25 | 12,219.00      | 146,628     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.


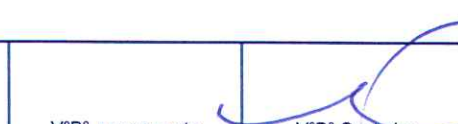
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                    |               |         |
|---------------|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS      | VALOR NETO    | 146,628 |
| DESTINO       | : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                         | SUB-TOTAL     | 146,628 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                 | IVA           | 27,859  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 174,487 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 02-10-2014 Sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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       | BERODUAL P/NEBULIZACION | 7,000.00       | 175,000     |

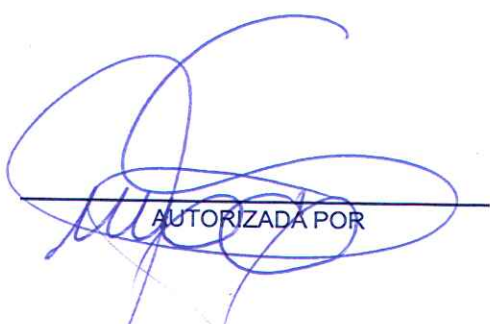
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                    |               |         |
|---------------|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS      | VALOR NETO    | 175,000 |
| DESTINO       | : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                         | SUB-TOTAL     | 175,000 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                 | IVA           | 33,250  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 208,250 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : DOSCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: **06-10-2014**

Dirección: **FRANKLIN 741**

Teléfono: **4446651**

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° **10**

de Fecha **03-10-2014** Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------|----------------|-------------|
| 10       | CAPTOPRIL 25 MG. | 750.00         | 7,500       |





ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 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 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS

|               |       |
|---------------|-------|
| VALOR NETO    | 7,500 |
| DESCUENTO 0.0 | 0     |
| SUB-TOTAL     | 7,500 |
| IVA           | 1,425 |
| TOTAL FACTURA | 8,925 |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------------------|----------------|-------------|
| 9        | VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.        | 45,000.00      | 405,000     |
| 4        | CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000        | 12,000.00      | 48,000      |
| 36       | LAMOTRIGINA 50MG.X500 COMP. (TRADOX) | 12,000.00      | 432,000     |
| 960      | ACIDO VALPROICO 200 MG x 30 COMP.    | 1,050.00       | 1,008,000   |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.


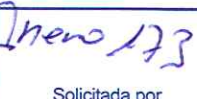
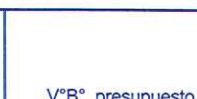

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

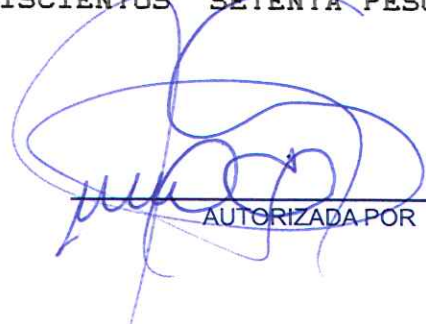
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                              |               |           |
|---|------------------------------|---------------|-----------|
| CUENTA  | : 421105 P.FARMC. Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 1,893,000 |
| DESTINO   | : CENTRO COSAM               | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA   | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 1,893,000 |
| LUGAR ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140           | IVA           | 359,670   |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 2,252,670 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO   |                              |               |           |
| SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS |                              |               |           |

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): SOCOFAR 915750001

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

de Fecha 03-10-2014 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 |
|----------|--------------------------------|----------------|-------------|
| 185      | SERTRALINA 50 MG POR 30        | 371.00         | 68,635      |
| 8        | CLONAZEPAN 2,0 MG x 500        | 9,756.00       | 78,048      |
| 23       | OMEPRAZOL 20MG. 30CA.          | 338.00         | 7,774       |
| 34       | ACIDO VALPROICO 500 MG X 30 CM | 2,909.00       | 98,906      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421105 P.FARMC. Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 BANCO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TRESCIENTOS UN MIL QUINIENTOS DOS PESOS

VALOR NETO 253,363  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 253,363  
 IVA 48,139  
 TOTAL FACTURA 301,502

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | OLANZAPINA 10 MG X 30 | 3,900.00       | 58,500      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 BANCO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

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

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 100      | TRITICO 100 MG                      |                |             |
| 105      | QUETIAPINA 100 MG x 30              | 8,000.00       | 800,000     |
| 1        | DIAZEPAM 10 MG X 1000               | 4,200.00       | 441,000     |
| 125      | FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 20 | 10,000.00      | 10,000      |
| 3        | ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500           | 180.00         | 22,500      |
|          |                                     | 3,100.00       | 9,300       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS  
DIRECCION : CENTRO COSAM  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : UN MILLON QUINIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS

VALOR NETO 1,282,800  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,282,800  
IVA 243,732  
TOTAL FACTURA 1,526,532

TREINTA Y DOS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 3630 de Fecha 01-10-2014  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. Sírvese despachar


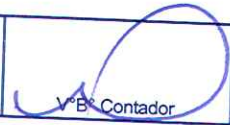
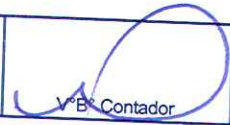
| CANTIDAD | DESCRIPCION                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 2        | PAROXETINA 20 MG. x 500 Comp. | 22,000.00      | 44,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039


ENTREGA : 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 VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR NETO    | 44,000 |
| DESCUENTO 0.0 | 0      |
| SUB-TOTAL     | 44,000 |
| IVA           | 8,360  |
| TOTAL FACTURA | 52,360 |

|   |                           |   |  |
|---|---------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | new 173<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---------------------------|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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        | BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25 | 10,750.00      | 43,000      |
| 30       | CAPTOPRIL 25 MG.               | 750.00         | 22,500      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421105 P. FARM. Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 65,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,500  
 IVA 12,445  
 TOTAL FACTURA 77,945

|            |                |                  |               |
|------------|----------------|------------------|---------------|
| Emtido por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|------------|----------------|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

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

FECHA: **06-10-2014**

Dirección: **AV. CHILE ESPANA 325**

Teléfono: **5948521**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° **1** de Fecha **03-10-2014** Sirvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.





| CANTIDAD | DESCRIPCION                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
| 56       | METFORMINA 850 MG por 1000 | 8,600.00       | 481,600     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FON: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO CUATRO PESOS

VALOR NETO 481,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 481,600  
 IVA 91,504  
 TOTAL FACTURA 573,104

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 01-10-2014 Sirvase despachar

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


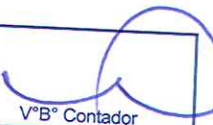
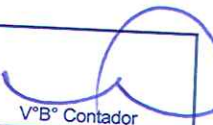
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 26       | OFTABIOTICO COLIRIO                                 | 2,300.00       | 59,800      |
| 69       | VITAMINA B1+B6+B12 POR 3                            | 2,300.00       | 158,700     |
| 1        | CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10 ML. X10 FCO | 975.00         | 975         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**


DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                            |               |         |
|---|----------------------------|---------------|---------|
| ENTREGA :   | 421105 P.FARMC. Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 219,475 |
| DESTINO :   | CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :   | 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 219,475 |
| LUGAR ENTREGA :   | CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 41,700  |
| FORMA DE PAGO :   | 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 261,175 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                 |                            |               |         |
| MONTANTO : DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS |                            |               |         |

|   |                            |   |  |
|---|----------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | new 17 3<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 02-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION              | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 252      | ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP | 4,900.00       | 1,234,800   |




ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039


ENTREGA : 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  
MONTANTO : UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS

VALOR NETO 1,234,800  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,234,800  
IVA 234,612  
TOTAL FACTURA 1,469,412

|   |                            |   |  |
|---|----------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | Nevo 173<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

073051

FECHA: 06-10-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------|----------------|-------------|
| 705      | SERTRALINA 50 MG POR 30 | 371.00         | 261,555     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.



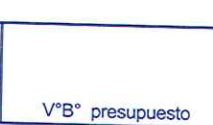
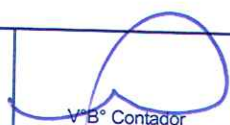
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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 261,555  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 261,555  
 IVA 49,695  
 TOTAL FACTURA 311,250

MONTO : TRESCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014 Sírvese despachar


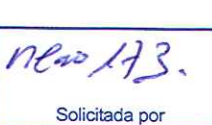

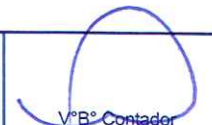
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 10       | VASELINA LIQ. por 125ml                     | 329.00         | 3,290       |
| 100      | JABON GERM TRICLOSAM 1%                     | 475.00         | 47,500      |
| 4        | ISOSORBIDE 10 MG por 1000                   | 6,310.00       | 25,240      |
| 17       | PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1               | 268.00         | 4,556       |
| 38       | DIAZEPAM 10 MG por 20                       | 168.00         | 6,384       |
| 56       | GLUCONATO DE POTASIO POR 40                 | 4,484.00       | 251,104     |
| 1        | CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000                    | 6,220.00       | 6,220       |
| 67       | CITALOPRAM 20 MG. POR 30                    | 1,331.00       | 89,177      |
| 15       | AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 20 | 3,049.00       | 45,735      |
| 51       | AMITRIPTILINA 25 MG por 100                 | 733.00         | 37,383      |
| 1        | AC. ASCORBICO 500 MG por 30                 | 650.00         | 650         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                           |               |         |
|--|---------------------------|---------------|---------|
| AGENCIA :  | 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 517,239 |
| DIRECCION :  | CONSULTORIO APOQUINDO     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                  | SUB-TOTAL     | 517,239 |
| LUGAR ENTREGA :  | CERRO ALTAR 6611          | IVA           | 98,275  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 615,514 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |                           |               |         |
| MONTANTO : SEISCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS |                           |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014

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


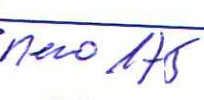


| CANTIDAD | DESCRIPCION      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------|----------------|-------------|
| 120      | CAVEDILOL 25 mg. | 870.00         | 104,400     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |   |               |         |
|-----------------|---|---------------|---------|
| ENTREGA :       | 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES | VALOR NETO    | 104,400 |
| DESTINO :       | CONSULTORIO APOQUINDO                   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 104,400 |
| LUGAR ENTREGA : | CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 19,836  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 124,236 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO: CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014 Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------------|----------------|-------------|
| 5        | GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500 | 15,000.00      | 75,000      |




ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

DESTINO : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
 PLAZO ENTREGA : CONSULTORIO APOQUINDO  
 LUGAR ENTREGA : 24 HORAS  
 FORMA DE PAGO : CERRO ALTAR 6611  
 : 30 DIAS C/FACTURA  
 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 : OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

VALOR NETO 75,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 75,000  
 IVA 14,250  
 TOTAL FACTURA 89,250

|   |   |                      |  |
|---|---|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|----------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 03-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. Sírvese despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 24       | MACROSAN 100 MG POR 50 |                |             |
| 134      | AC. FOLICO 5 MG por 30 | 4,500.00       | 108,000     |
| 57       | AC. FOLICO 1 MG POR 30 | 960.00         | 128,640     |
|          |                        | 600.00         | 34,200      |




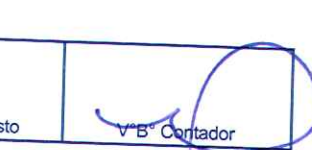
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO 270,840  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 270,840  
 IVA 51,460  
 TOTAL FACTURA 322,300

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 02-10-2014 Sirvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.





| CANTIDAD | DESCRIPCION                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------------|----------------|-------------|
| 300      | LEVOTIROXINA 100 MG X 100 CM | 1,300.00       | 390,000     |
| 156      | LEVOTIROXINA 50 mg.          | 2,750.00       | 429,000     |

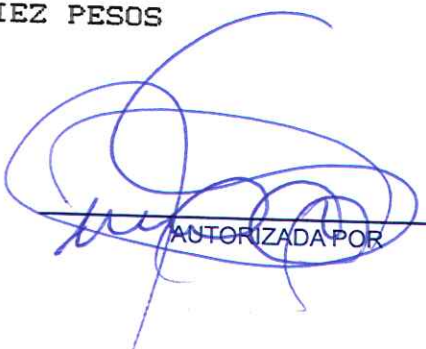
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 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  
 MONTO : NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 819,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 819,000  
 IVA 155,610  
 TOTAL FACTURA 974,610

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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        | SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30 | 6,237.00       | 18,711      |
| 97       | SACARINA 20MG/FCO 180 ML                | 472.00         | 45,784      |
| 206      | BENGUE POMADA POTE 30grs                | 545.00         | 112,270     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                               |               |         |
|---------------|-------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 176,765 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO       | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                    | SUB-TOTAL     | 176,765 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611            | IVA           | 33,585  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 210,350 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Revo 173       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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        | NIFEDIPINO 20 MG. por 1000       | 12,000.00      | 36,000      |
| 53       | HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000 | 6,000.00       | 318,000     |
| 8        | ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000    | 17,500.00      | 140,000     |
| 120      | AMLODIPINO 10 mg. x 30 comp.     | 590.00         | 70,800      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES  
 DISTRITO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO DOCE PESOS

VALOR NETO 564,800  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 564,800  
 IVA 107,312  
 TOTAL FACTURA 672,112

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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

de Fecha 03-10-2014 Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100 | 5,500.00       | 16,500      |
| 6        | LORATADINA 10 MG POR 1000          | 7,500.00       | 45,000      |
| 3        | PREDNISONA 5 MG por 1000           | 9,500.00       | 28,500      |
| 1        | IMIPRAMINA 25 MG por 1000          | 12,000.00      | 12,000      |
| 10       | ALUMINIO HIDROXIDO jarabe          | 920.00         | 9,200       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : CIENTO TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

VALOR NETO 111,200  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 111,200  
IVA 21,128  
TOTAL FACTURA 132,328

Emitted by: [Signature]  
Requested by: [Signature]  
V°B° presupuesto  
V°B° Contador

SERVACIONES:

PROVEEDOR

[Signature]  
AUTORIZADA POR

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

FECHA: 06-10-2014

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 02-10-2014 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 |
|----------|-----------------------------|----------------|-------------|
| 66       | NITRENDIPINO 20 MG por 1000 | 3,900.00       | 257,400     |
| 1        | DIGOXINA 0,25 MG por 1000   | 12,000.00      | 12,000      |
| 11       | CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML | 1,100.00       | 12,100      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS

VALOR NETO 281,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 281,500  
 IVA 53,485  
 TOTAL FACTURA 334,985

OCHENTA Y CINCO PESOS

|           |                |                  |               |
|-----------|----------------|------------------|---------------|
|           | new 173        |                  |               |
| Emiso por | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



Señor(es): **FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909**  
 Dirección: **AV EL SALTO 2428**

FECHA: **06-10-2014**

Teléfono: **6295384**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° **3630**

de Fecha **01-10-2014** Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 84       | ATORVASTATINA 10 MG por 300 CM. | 3,201.00       | 268,884     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |         |
|---------------|---|---------------|---------|
| ENTREGA       | : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES | VALOR NETO    | 268,884 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO                   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 268,884 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 51,088  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 319,972 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 : TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 3630 de Fecha 01-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. Sírvese despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 6        | PROPANOLOL 10 MG por 1000       | 3,504.00       | 21,024      |
| 4        | IBUPROFENO 400 MG por 1000      | 10,500.00      | 42,000      |
| 150      | CLOTRIMAZOL 500 MG por 1 OVULOS | 938.00         | 140,700     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 203,724  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 203,724  
 IVA 38,708  
 TOTAL FACTURA 242,432

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): SERCOFAR S. A. 766307507

FECHA: 06-10-2014

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION             | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------|----------------|-------------|
| 12       | POLIVITAMINICO por 1000 | 17,000.00      | 204,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421105 P. FARMAC. Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 204,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 204,000  
 IVA 38,760  
 TOTAL FACTURA 242,760

VALOR : DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| 42       | ENALAPRILA 10 MG por 1000         | 2,300.00       | 96,600      |
| 50       | ATORVASTATINA 20 MG por 500 COMP. | 10,500.00      | 525,000     |



ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

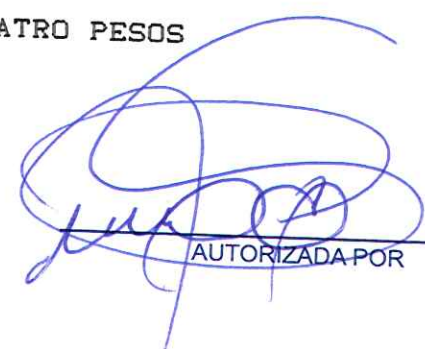
|               |   |               |         |
|---------------|---|---------------|---------|
| ENTREGA       | : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES | VALOR NETO    | 621,600 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO                   | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 621,600 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 118,104 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 739,704 |

MONTO : SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUATRO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

de Fecha 03-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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       | GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000 | 5,000.00       | 50,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 BANCO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

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

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014 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 |
|----------|------------------------------------|----------------|-------------|
| 115      | PARACETAMOL 500 MG por 1000        | 4,400.00       | 506,000     |
| 7        | FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM         | 10,000.00      | 70,000      |
| 4        | CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000 | 2,300.00       | 9,200       |
| 69       | GEMFIBROZILO 600 MG por 30         | 1,350.00       | 93,150      |
| 1        | AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25   | 17,250.00      | 17,250      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 695,600  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 695,600  
IVA 132,164  
TOTAL FACTURA 827,764

VALOR : OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | 173            |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION               | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------|----------------|-------------|
| 19       | FUROSEMIDA 40 MG por 1000 | 5,500.00       | 104,500     |
| 126      | ATENOLOL 50 MG por 1000   | 5,300.00       | 667,800     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTRADA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES  
 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 : NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL TREINTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 772,300  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 772,300  
 IVA 146,737  
 TOTAL FACTURA 919,037

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
| 218      | METFORMINA 850 MG por 1000 | 8,600.00       | 1,874,800   |


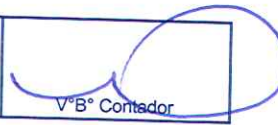
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 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 1,874,800  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,874,800  
 IVA 356,212  
 TOTAL FACTURA 2,231,012

MONTO : DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOCE PESOS

|   |                           |                  |  |
|---|---------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | new 176<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---------------------------|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): SOCOFAR 915750001

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014 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 |
|----------|----------------------------------|----------------|-------------|
| 62       | VASELINA LIQ. por 125ml          |                |             |
| 66       | GLUCONATO DE POTASIO POR 40      | 329.00         | 20,398      |
| 16       | MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100 | 4,484.00       | 295,944     |
| 134      | JABON GERM TRICLOSAM 1%          | 864.00         | 13,824      |
| 11       | ISOSORBIDE 10 MG por 1000        | 475.00         | 63,650      |
| 34       | AMBROXOL JBE 30MG./5ML ADULTO    | 6,310.00       | 69,410      |
| 76       | AC. ASCORBICO 500 MG por 30      | 434.00         | 14,756      |
|          |                                  | 650.00         | 49,400      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

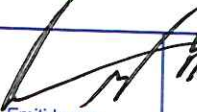
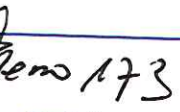


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 527,382  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 527,382  
 IVA 100,203  
 TOTAL FACTURA 627,585

MONTO : SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------------|----------------|-------------|
| 58       | GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500 | 15,000.00      | 870,000     |


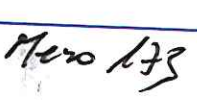


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : UN MILLON TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO 870,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 870,000  
 IVA 165,300  
 TOTAL FACTURA 1,035,300

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 03-10-2014  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. Sírvese despachar

| CANTIDAD | DESCRIPCION            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 337      | MACROSAN 100 MG POR 50 | 4,500.00       | 1,516,500   |
| 256      | AC. FOLICO 5 MG por 30 | 960.00         | 245,760     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421105 P. FARM. 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 1,762,260  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,762,260  
 IVA 334,829  
 TOTAL FACTURA 2,097,089

VALOR : DOS MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL OCHENTA Y NUEVE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): **MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008**  
 Dirección: **FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981**

FECHA: **06-10-2014**

Teléfono: **3400739**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° **10** de Fecha **02-10-2014** Sírvasse despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------------|----------------|-------------|
| 215      | LEVOTIROXINA 100 MG X 100 CM | 1,300.00       | 279,500     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 279,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 279,500  
 IVA 53,105  
 TOTAL FACTURA 332,605

VALOR : TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

FECHA: 06-10-2014

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 10 de Fecha 03-10-2014 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 |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 188      | PASTA LASAR 30 Grs.      | 440.00         | 82,720      |
| 1,218    | BENGUE POMADA POTE 30grs | 545.00         | 663,810     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 746,530  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 746,530  
 IVA 141,841  
 TOTAL FACTURA 888,371

VALOR : OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

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

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2014 Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | PROPANOLOL 40 MG por 1000        | 6,500.00       | 6,500       |
| 56       | HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000 | 6,000.00       | 336,000     |
| 18       | NIFEDIPINO 20 MG. por 1000       | 12,000.00      | 216,000     |
| 11       | ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000    | 17,500.00      | 192,500     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTE 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |   |               |         |
|--|---|---------------|---------|
| ENTREGA :  | 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES | VALOR NETO    | 751,000 |
| DESTINO :  | CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA          | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 751,000 |
| LUGAR ENTREGA :  | PAUL HARRIS 1140                        | IVA           | 142,690 |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 893,690 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |   |               |         |
| : OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS |   |               |         |

|                               |                                  |                  |               |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|
| Emitido por<br><i>[Firma]</i> | Solicitada por<br><i>[Firma]</i> | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|

SERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Firma]*  
 AUTORIZADA POR

FECHA: 06-10-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | PREDNISONA 5 MG por 1000            |                |             |
| 1        | IMIPRAMINA 25 MG por 1000           | 9,500.00       | 9,500       |
| 2        | NISTATINA 100.000 UI por 100 OV     | 12,000.00      | 12,000      |
| 553      | FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30 | 7,000.00       | 14,000      |
| 363      | CITALOPRAM 40 MG. POR 30            | 180.00         | 99,540      |
| 4        | FENITOINA SODICA 100 MG por 1000    | 5,900.00       | 2,141,700   |
| 122      | ALUMINIO HIDROXIDO jarabe           | 13,000.00      | 52,000      |
| 124      | ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500           | 920.00         | 112,240     |
|          |                                     | 3,100.00       | 384,400     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

AGENCIA : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS  
DIRECCION : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
BANK : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS PESOS

VALOR NETO 2,825,380  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 2,825,380  
IVA 536,822  
TOTAL FACTURA 3,362,202

|                 |                       |                  |               |
|-----------------|-----------------------|------------------|---------------|
| Emitido por<br> | Solicitada por<br>173 | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-----------------|-----------------------|------------------|---------------|

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): **LABORATORIO RIDER LTDA 768451907**

FECHA: **06-10-2014**

Dirección: **PLACER 1254**

Teléfono:

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° **10** de Fecha **02-10-2014** Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 202      | LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000 | 8,200.00       | 1,656,400   |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 1,656,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,656,400  
 IVA 314,716  
 TOTAL FACTURA 1,971,116

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

FECHA: 06-10-2014

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 02-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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      | NITRENDIPINO 20 MG por 1000 | 3,900.00       | 448,500     |
| 45       | CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML | 1,100.00       | 49,500      |
| 2        | DIGOXINA 0,25 MG por 1000   | 12,000.00      | 24,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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  
MONTANTO : SEISCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO OCHENTA PESOS

VALOR NETO 522,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 522,000  
IVA 99,180  
TOTAL FACTURA 621,180

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3630

de Fecha 01-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
| 3,177    | ATORVASTATINA 10 MG por 30 | 278.00         | 883,206     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : UN MILLON CINCUENTA Y UN MIL QUINCE PESOS

VALOR NETO 883,206  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 883,206  
 IVA 167,809  
 TOTAL FACTURA 1,051,015

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 3630 de Fecha 01-10-2014 Sírvese despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | PAROXETINA 20 MG. x 500 Comp. | 22,000.00      | 22,000      |


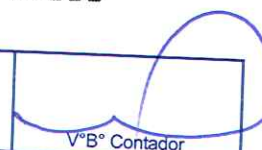
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTISEIS MIL CIENTO OCHENTA PESOS

VALOR NETO 22,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 22,000  
 IVA 4,180  
 TOTAL FACTURA 26,180

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3630

de Fecha 01-10-2014 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 |
|----------|------------------------------------|----------------|-------------|
| 25       | PROPANOLOL 10 MG por 1000          |                |             |
| 1        | NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100 | 3,504.00       | 87,600      |
| 167      | LOPERAMIDA 2 MG por 6 comp.        | 51,800.00      | 51,800      |
|          |                                    | 105.00         | 17,535      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**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 - FONDO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 156,935  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 156,935  
 IVA 29,818  
 TOTAL FACTURA 186,753

Emitido por *[Signature]*  
 Solicitada por *173*  
 V°B° presupuesto *[Signature]*  
 V°B° Contador *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

Señor(es): SERCOFAR S. A. 766307507

FECHA: 06-10-2014

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014. Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | POLIVITAMINICO por 1000 | 17,000.00      | 527,000     |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 421105 P. FARMAC. Y QUIMICOS  
DIRECCION : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO TREINTA PESOS

VALOR NETO 527,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 527,000  
IVA 100,130  
TOTAL FACTURA 627,130

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | Aereo 113      |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

de Fecha 03-10-2014

Sírvase despachar y/o ejecutar, 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       | ENALAPRILA 10 MG por 1000 | 2,300.00       | 57,500      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTRADA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS

VALOR NETO 57,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 57,500  
 IVA 10,925  
 TOTAL FACTURA 68,425

Emitido por *[Signature]*  
 Solicitada por *Novo 175*  
 V°B° presupuesto *[Signature]*  
 V°B° Contador *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

de Fecha 03-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-----------------------------|----------------|-------------|
| 2        | GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000 | 5,000.00       | 10,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : ONCE MIL NOVECIENTOS PESOS

VALOR NETO 10,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 10,000  
 IVA 1,900  
 TOTAL FACTURA 11,900

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 06-10-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

de Fecha 03-10-2014 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 |
|----------|------------------------------------|----------------|-------------|
| 330      | PARACETAMOL 500 MG por 1000        | 4,400.00       | 1,452,000   |
| 15       | AMOXICILINA 500 MG por 500         | 11,400.00      | 171,000     |
| 10       | DICLOFENACO 50 MG por 500          | 4,500.00       | 45,000      |
| 23       | CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000 | 2,300.00       | 52,900      |
| 21       | FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM         | 10,000.00      | 210,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 1,930,900  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,930,900  
IVA 366,871  
TOTAL FACTURA 2,297,771

MONTO : DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN - PESOS

Emitido por *[Signature]* Solicitada por *Memo 173* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR



FECHA: 06-10-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 03-10-2014

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 3,382    | VASELINA SOLIDA 30gr   | 420.00         | 1,420,440   |
| 11       | VASELINA SALICILADA 5% | 790.00         | 8,690       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

ENTREGA : 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 : UN MILLON SETECIENTOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 1,429,130  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,429,130  
 IVA 271,535  
 TOTAL FACTURA 1,700,665

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***03/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                      |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 0      |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 95,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : CAMINO EL ALBA 9280                                | IVA 0                |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 95,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                      |
| SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS     |  |                      |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

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°

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | 1/3 CMOS 800 TVL+ANTIFLIKER, VAR 4-9M, IR35. N<br>EGRA GAR 3 MESES      | 30,672.00      | 61,344      |
| 3        | 1/3 CMOS 800TVL+8510DSP IR 35 VAR 4-9MM WDR, A<br>NTIFLIKER GAR 3 MESES | 28,992.00      | 86,976      |
| 6        | TRANSFORMADOR AC110-240V 12V DC 2A                                      | 2,437.00       | 14,622      |
| 1        | 1/3 CMOS 800TVL+IR 20 LEN 2.8M BLANCA - GAR 3<br>MESES                  | 19,919.00      | 19,919      |
| 1        | TRANSMISOR FOX 1.2 GHZ GAR 6 MESES                                      | 31,498.00      | 31,498      |
| 1        | RECEPTOR 1.2 GHZ FOX-RO2 GAR 6 MESES                                    | 42,200.00      | 42,200      |
| 1        | 16 CH VIDEO 4 CH AUDIO 1U, 480/480 FPS, FULL D                          | 176,387.00     | 176,387     |
| 1        | 1 USB/VGA/HDMI/MOBIL PHONE 35 GAR 1 AÑO                                 |                |             |
| 1        | DISCO DURO 3TB SATA GAR 1 AÑO   | 88,992.00      | 88,992      |
| 6        | M. OBRA SERV REPARACION   | 51,083.00      | 306,498     |
| 1        | CABLE HDMI 5 METROS MACHO-MACHO   | 11,900.00      | 11,900      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |           |
|--|---------------|-----------|
| CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES  | VALOR NETO    | 840,336   |
| DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 840,336   |
| LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280      | IVA           | 159,664   |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 1,000,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO      |               |           |
| SON : UN MILLON PESOS                    |               |           |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

*Escann  
 N. Foley P. Lopez  
 24-X  
 [Signature]*

FECHA: 20-10-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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 ( 200.000 ) | 200,000.00     | 200,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 200,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 200,000  
 IVA 38,000  
 TOTAL FACTURA 238,000

|                                   |                                  |                  |               |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|
| <i>[Signature]</i><br>Emitido por | <i>new 591</i><br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*Escaneado  
P. López  
24/10/14  
[Signature]*

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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 ( 200.000 ) | 200,000.00     | 200,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                              |               |         |
|---------------|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421101 VESTUARIO Y CALZADO | VALOR NETO    | 200,000 |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : 24 HORAS                   | SUB-TOTAL     | 200,000 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040        | 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

|                                   |                                      |  |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>[Signature]</i><br>Emitido por | <i>[Signature]</i><br>Solicitada por | <i>[Signature]</i><br>V°B° presupuesto | <i>[Signature]</i><br>V°B° Contador |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|

PROVEEDOR

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

*Escan  
N. Foley P. Lopez  
24-7  
JL*

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.


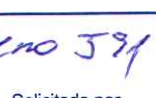
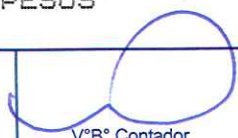
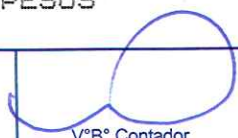
| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 1        | VALES ( 200.000 ) | 200,000.00     | 200,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 200,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 200,000  
IVA 38,000  
TOTAL FACTURA 238,000

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIAL ABBA CONTROL SOLAR LTDA. 762081989

Dirección: RAFAEL CANAS 270

Teléfono:

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

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | PROVISION DE CORTINAS ROLLER TELA MOROCO BLACK OUT (PVC), MARCA FLEXALUM | 52,000.00      | 104,000     |
| 2        | INSTALACION DE CORTINAS  | 6,000.00       | 12,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES

DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA




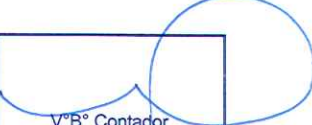
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS

|               |         |
|---------------|---------|
| VALOR NETO    | 116,000 |
| DESCUENTO 0.0 | 0       |
| SUB-TOTAL     | 116,000 |
| IVA           | 22,040  |
| TOTAL FACTURA | 138,040 |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR 

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | TOALLA CLINIC BLANCA CJ/18 CARGAS x 200 HOJAS                             | 24,000.00      | 96,000      |
| 10       | AGUA DESTILADA USP BIDON x 5 LTS.   | 2,990.00       | 29,900      |
| 1        | COMP. F/C FILTEX P 90 KIT INICIO 1 JGA. A3 4 G<br>RS. + SIST. ADH. 10 ML. | 52,000.00      | 52,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL

DESTINO : DIRECCION DE SALUD

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS UN PESOS


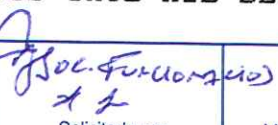
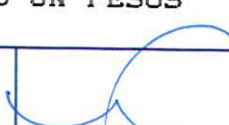

VALOR NETO 177,900

DESCUENTO 0.0 0

SUB-TOTAL 177,900

IVA 33,801

TOTAL FACTURA 211,701

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|---|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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      | PAPEL ENVOLVER KRAFT 80 x 100 60 GRS. LAJA | 43.00          | 21,500      |

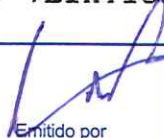
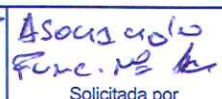
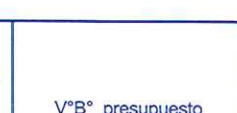
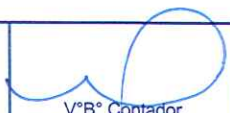
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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

VALOR NETO 21,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 21,500  
 IVA 4,085  
 TOTAL FACTURA 25,585

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1,000    | STICKER AUTOADHESIVOS 3/0 COLOR MED 3 X 3 CMS | 120.00         | 120,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                             |               |         |
|---|-----------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :  | 421104 FORMUL.E IMPRESOS    | VALOR NETO    | 120,000 |
| DESTINO :   | ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :                                   | INMEDIATA                   | SUB-TOTAL     | 120,000 |
| LUGAR ENTREGA :                                   | REYES LAVALLE 3207          | IVA           | 22,800  |
| FORMA DE PAGO :                                   | 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 142,800 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO               |                             |               |         |
| SON : CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS |                             |               |         |

|   |   |                  |               |
|---|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | MEMO DIR.<br>FINANZAS<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|---|------------------|---------------|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1,200    | EQUIPO DE SUERO NIPRO MOD. IS-01A/A21GB/BL, CA JA x 100 UN. | 244.00         | 292,800     |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                    |               |         |
|---------------|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  | VALOR NETO    | 292,800 |
| DESTINO       | : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 292,800 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                 | IVA           | 55,632  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 348,432 |

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

|   |  |                  |               |
|---|--|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Sollicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|--|------------------|---------------|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:





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        | BUS 44 PAX ***29/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE C<br>OELGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO<br>) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y R<br>EGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                       |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 190,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                              | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 190,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : TOMAS MORO 1651                                    | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 190,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                       |
| SON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS      |  |                       |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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.


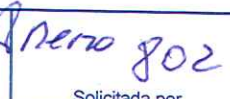


| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***28/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |                      |
|---------------|--|----------------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0        |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0                    |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                                    | SUB-TOTAL 95,000     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | IVA 0                |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | TOTAL FACTURA 95,000 |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUD 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***27/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


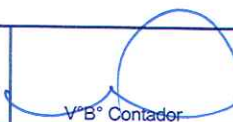
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280                                | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | 95,000        |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | IVA           |
|               |  | 0             |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
|  | <i>Remo 802</i> |  |
| Emiido por   | Solicitada por  | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): EDUENTRETENCION DOS S.A. 762569671

Dirección: AVDA. PDTE RIESCO 5561 - OF 2002

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 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 |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 172      | ENTRADAS KIDZANIA - INCENTIVO SIMCE | 5,042.02       | 867,227     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 424118 PREMIOS ALUMNOS  
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : UN MILLON TREINTA Y DOS MIL PESOS

VALOR NETO 867,227  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 867,227  
 IVA 164,773  
 TOTAL FACTURA 1,032,000

|   |                              |                  |  |
|---|------------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | MEMO # 237<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|------------------------------|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600 Teléfono:

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.


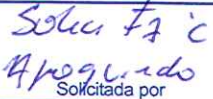
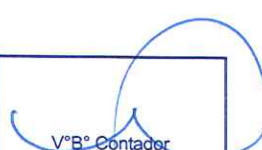
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 5        | CLORANFENICOL SOLC. OFTALMICA 0,5% FCO. x 10 M L. | 975.00         | 4,875       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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

VALOR NETO 4,875  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 4,875  
 IVA 926  
 TOTAL FACTURA 5,801

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At: Sr.: ELENA CHAVEZ

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 70       | COD 3611 MICROLAB PORTATIL MINI CENTER LCD/US B/SD | 15,946.0       | 1,116,220   |
| 31       | COD 65420 AUDIFONO DECORABLE                       | 11,317.0       | 350,827     |
| 33       | COD 61530 SET SKATEDOARD CON BOLSO BEN-10          | 13,576.0       | 448,008     |
| 51       | COD 10902 HELICOPTERO R/C/ RECARGABLE              | 15,200.0       | 775,200     |
| 101      | COD 66907 AUTO ACROBATICO R/C CON PACK PILAS       | 11,952.0       | 1,207,152   |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                              |               |           |
|-----------------|------------------------------|---------------|-----------|
| CUENTA :        | 425124 GASTOS TERMINO DE A=0 | VALOR NETO    | 3,897,407 |
| DESTINO :       | ADMINISTRACION CASA CENTRAL  | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA : | 10 DICIEMBRE 2014            | SUB-TOTAL     | 3,897,407 |
| LUGAR ENTREGA : | PAUL HARRIS 1000             | IVA           | 740,507   |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA            | TOTAL FACTURA | 4,637,914 |

SON : CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CATORCE - PESOS

|   |                            |                  |               |
|---|----------------------------|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | Nemo 239<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|----------------------------|------------------|---------------|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

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

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | COD 83291 ALFOMBRA ACTIVIDADES TORTUGA LAMAZE              | 11,540.00      | 23,080      |
| 2        | COD 63207 MESA DIDACTICA                                   | 9,776.00       | 19,552      |
| 2        | COD 13064 CORREPASILLO JAKE EL PIRATA                      | 10,864.00      | 21,728      |
| 2        | COD 66370 SET DE BLOQUES CASTILLO PRINCESA ELETRONICO      | 12,496.00      | 24,992      |
| 2        | COD 78174 TRAN PISTA A PILAS CAT                           | 12,600.00      | 25,200      |
| 2        | COD 47201 MLP MUNECA EQUETRIA GIRLS                        | 10,900.00      | 21,800      |
| 2        | COD 54445 MINI MORRAL EG MLP FASHION                       | 3,256.00       | 6,512       |
| 2        | COD 10841 ORGANO JUGUETE 54 TECLAS                         | 15,500.00      | 31,000      |
| 2        | COD 90921 LONCHERA LILA LPS                                | 2,168.00       | 4,336       |
| 2        | COD 86339 SET TRENZADOR Y MAQ MOSTACILLAS LIT LESTPET SHOP | 5,432.00       | 10,864      |
| 2        | COD 61530 SET SKATEBOARD CON BOLSO BEN-10                  | 13,576.00      | 27,152      |
| 2        | COD 40010 PARLANTE MP3 FORMA LOCKER ONE DIRECT ION         | 11,760.00      | 23,520      |
| 2        | COD 66907 AUTO ACROBATICO R/C CON PACK PILAS               | 11,952.00      | 23,904      |
| 2        | COD 2542 ALFOMBRA DE BAILE CON 280 CANCIONES FUJITEL       | 9,990.00       | 19,980      |
| 2        | COD 3034 FUJITEL SUBWOOFER 21                              | 9,500.00       | 19,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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


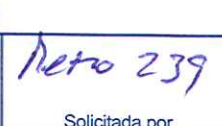

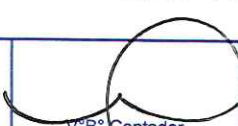
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**


DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                              |               |         |
|-----------------|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :        | 425124 GASTOS TERMINO DE A=0 | VALOR NETO    | 302,620 |
| DESTINO :       | ADMINISTRACION CASA CENTRAL  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | 04 DICIEMBRE 2014            | SUB-TOTAL     | 302,620 |
| LUGAR ENTREGA : | REYES LAVALLE 3207           | IVA           | 57,498  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA            | TOTAL FACTURA | 360,118 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS

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



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

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

de Fecha

Sírvase despachar


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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | COD 63207 MESA DIDACTICA                                       | 9,776.00       | 9,776       |
| 1        | COD 13064 CORREPASILLO JAKE EL PIRATA                          | 10,864.00      | 10,864      |
| 1        | COD 78174 TRAN CON PISTA A PILAS CAT                           | 12,600.00      | 12,600      |
| 1        | COD 47201 MLP MUNECA EQUESTRIA GIRLS                           | 10,900.00      | 10,900      |
| 1        | COD 54445 MINI MORRAL EG MLP FASHION                           | 3,256.00       | 3,256       |
| 1        | COD 10841 ORGANO JUGUETE 54 TECLAS                             | 15,500.00      | 15,500      |
| 1        | COD 90921 LONCHERA LILA LPS                                    | 2,168.00       | 2,168       |
| 1        | COD 86339 SET TRENZADOR Y MAQ MOSTACILLAS LITT<br>LESTPET SHOP | 5,432.00       | 5,432       |
| 1        | COD 61530 SET SKATEBOARD CON BOLSO BEN-10                      | 13,576.00      | 13,576      |
| 2        | COD 40010 PARLANTE MP3 FORMA LOCKER ONE DIRECT<br>ION          | 11,760.00      | 23,520      |
| 1        | COD 66907 AUTO ACROBATICO R/C CON PACK PILAS                   | 11,952.00      | 11,952      |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                              |               |         |
|--|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :   | 425124 GASTOS TERMINO DE A=O | VALOR NETO    | 119,544 |
| DESTINO :  | ADMINISTRACION CASA CENTRAL  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA :  | 04 DICIEMBRE 2014            | SUB-TOTAL     | 119,544 |
| LUGAR ENTREGA :  | REYES LAVALLE 3207           | IVA           | 22,713  |
| FORMA DE PAGO :  | 30 DIAS C/FACTURA            | TOTAL FACTURA | 142,257 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                                |                              |               |         |
| SON : CIENTO CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS |                              |               |         |

|   |                                   |   |   |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <br>Emitido por | <i>Noro 239</i><br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Comedor |
|---|-----------------------------------|---|---|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 20-10-2014

Señor(es): HOSPITALIA PRODUCTOS MEDICOS LTDA. 782334204

Dirección: ERNESTO REYES 036

Teléfono:

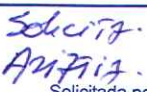
At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 26       | HUMIFICADOR PRE LLENADO 500 ML. | 1,882.00       | 48,932      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                    |               |        |
|---|------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA  | : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  | VALOR NETO    | 48,932 |
| DESTINO   | : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA   | : INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 48,932 |
| LUGAR ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140                 | IVA           | 9,297  |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 58,229 |
| SON : CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS |                                    |               |        |

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At: Sr: ELENA CHAVEZ  
De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | COD 83291 ALFOMBRA ACTIVIDADES TORTUGA LAMAZE              | 11,540.00      | 103,860     |
| 21       | COD 63207 MESA DIDACTICA                                   | 9,776.00       | 205,296     |
| 16       | COD 13064 CORREPASILLO JAKE EL PIRATA                      | 10,864.00      | 173,824     |
| 19       | COD 66370 SET DE BLOQUES CASTILLO PRINCESA ELETRONICO      | 12,496.00      | 237,424     |
| 17       | COD 78174 TRAN CON PISTA A PILAS CAT                       | 12,600.00      | 214,200     |
| 10       | COD 47201 MLP MUNECA EQUESTRIA GIRLS                       | 10,900.00      | 109,000     |
| 10       | COD 54445 MINI MORRAL EG MLP FASHION                       | 3,256.00       | 32,560      |
| 18       | COD 10841 ORGANO JUGUETE 54 TECLAS                         | 15,500.00      | 279,000     |
| 10       | COD 90921 LONCHERA LILA LPS                                | 2,168.00       | 21,680      |
| 10       | COD 86339 SET TRENZADOR Y MAQ MOSTACILLAS LIT LESTPET SHOP | 5,432.00       | 54,320      |
| 13       | COD 61530 SET SKATEBOARD CON BOLSO BEN-10                  | 13,576.00      | 176,488     |
| 14       | COD 40010 PARLANTE MP3 FORMA LOCKER ONE DIRECT ION         | 11,760.00      | 164,640     |
| 20       | COD 66907 AUTO ACROBATICO R/C CON PACK PILAS               | 11,952.00      | 239,040     |
| 11       | COD 2542 ALFOMBRA DE BAILE CON 280 CANCIONES FUJITEL       | 9,990.00       | 109,890     |
| 11       | COD 3034 FUJITEL SUBWOOFER 21                              | 9,500.00       | 104,500     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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



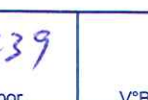

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

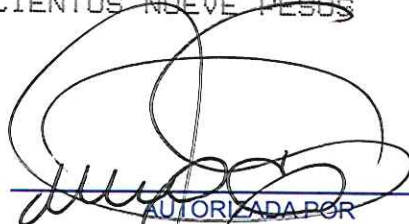
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
DESTINO : DIRECCION DE SALUD  
PLAZO ENTREGA : 04 DICIEMBRE 2014  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,225,722  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 2,225,722  
IVA 422,887  
TOTAL FACTURA 2,648,609

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emisor por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

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

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | COD 83291 ALFOMBRA ACTIVIDADES TORTUGA LAMAZE             | 11,540.00      | 196,180     |
| 26       | COD 63207 MESA DIDACTICA                                  | 9,776.00       | 254,176     |
| 26       | COD 13064 CORREPASILLO JAKE EL PIRATA                     | 10,864.00      | 282,464     |
| 12       | COD 66370 SET DE BLOQUES CASTILLO PRINCESA ELECTRONICO    | 12,496.00      | 149,952     |
| 35       | COD 78174 TRAN CON PISTA A PILAS CAT                      | 12,600.00      | 441,000     |
| 25       | COD 47201 MLP MUNECA EQUESTRIA GIRLS                      | 10,900.00      | 272,500     |
| 25       | COD 54445 MINI MORRAL EG MLP FASHION                      | 3,256.00       | 81,400      |
| 20       | COD 10841 ORGANO JUGUETE 54 TECLAS                        | 15,500.00      | 310,000     |
| 21       | COD 90921 LONCHERA LILA LPS                               | 2,168.00       | 45,528      |
| 21       | COD 86339 SET TRENZADOR Y MAQ MOSTACILLAS LITTLE PET SHOP | 5,432.00       | 114,072     |
| 20       | COD 61530 SET SKATEBOARD CON BOLSO BEN-10                 | 13,576.00      | 271,520     |
| 20       | COD 40010 PARLANTE MP3 FORMA LOCKER ONE DIRECT            | 11,760.00      | 235,200     |
| 30       | COD 66907 AUTO ACROBATICO R/C CON PACK PILAS              | 11,952.00      | 358,560     |
| 27       | COD 2542 ALFOMBRA DE BAILE CON 280 CANCIONES FUJITEL      | 9,990.00       | 269,730     |
| 19       | COD 3034 FIJITEL SUBWOOFER 21                             | 9,500.00       | 180,500     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**



DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
PLAZO ENTREGA : 04 DICIEMBRE 2014  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 3,462,782  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 3,462,782  
IVA 657,929  
TOTAL FACTURA 4,120,711

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL SETECIENTOS ONCE PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nº 239         |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

073204

FECHA: 20-10-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBOLES 263

Teléfono: 5591617

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | ESPECULOS DESECHABLES DE 2,75mm. SET/850 UN. | 33,434.00      | 334,340     |
| 10       | ESPECULOS DESECHABLES DE 4,75mm. SET/850 UN. | 33,434.00      | 334,340     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO | VALOR NETO    | 668,680 |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO          | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 668,680 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611         | IVA           | 127,049 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 795,729 |

SON : SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

FECHA: 20-10-2014

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

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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        | BUS 14 PAX SPRINTER ***24/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE LOS ALACALUFES 9174 A MUSEO ESCUELA MILITAR - SALIDA 10:00 HS Y REGRESO 13:00 HS | 70,000.00      | 70,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 424244 TRASLADO ALUMNOS  
 DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETENTA MIL PESOS

VALOR NETO 70,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 70,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 70,000

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nemo SA        |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B°/Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



073202

FECHA: 20-10-2014

Señor(es): COMERCIAL SIERRALTA LTDA 87511400K

Dirección: CUEVAS 1475

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 4        | EXTINTOR NAC. 6 KG. ABC-PQS 10A-40BC AL 90%                | 25,353.00      | 101,412     |
| 4        | EXTINTOR CO2 5 KG., RATING DE APAGUE 5BC AL 90 % IMPORTADO | 66,910.00      | 267,640     |
| 1        | GABINETE EXTINTOR 1 PUERTA VIDRIO 610x270x200              | 32,467.00      | 32,467      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                  |               |         |
|---------------|----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES | VALOR NETO    | 401,519 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO          | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                      | SUB-TOTAL     | 401,519 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611               | IVA           | 76,289  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 477,808 |

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS

|  |   |                  |  |
|--|---|------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|------------------|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | HIDROCLOROTIAZIDA+TRIANTERENE 5 MG. CJ/1000 | 15,000.00      | 45,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS

DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : 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

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

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 36,975      |
| 1        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES  
 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 : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 65,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,546  
 IVA 12,454  
 TOTAL FACTURA 78,000

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | Nº 236         |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:



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        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 18,487      |
| 1        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

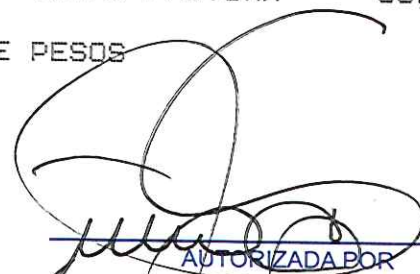
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
| CUENTA : 425119 GASTOS MENORES                               | VALOR NETO    | 54,622 |
| DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                    | SUB-TOTAL     | 54,622 |
| LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280                          | IVA           | 10,378 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                            | TOTAL FACTURA | 65,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                          |               |        |
| SON : SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS |               |        |

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nero 236       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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.


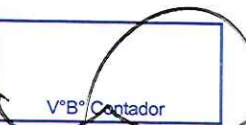
| CANTIDAD | DESCRIPCION       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-------------------|----------------|-------------|
| 2        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 36,975      |
| 1        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 65,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,546  
 IVA 12,454  
 TOTAL FACTURA 78,000

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 236<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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        | TORTA 20 PERSONAS | 18,487.39      | 18,487      |
| 2        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 72,269      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES  
 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 : CIENTO OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 90,756  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 90,756  
 IVA 17,244  
 TOTAL FACTURA 108,000

|                    |                |                  |               |
|--------------------|----------------|------------------|---------------|
| <i>[Signature]</i> | <i>new 23b</i> |                  |               |
| Emitido por        | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

073195

FECHA: 16-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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        | TORTA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |
| 1        | TORTA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |


ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |                                    |               |        |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA                              | : 425119 GASTOS MENORES            | VALOR NETO    | 64,706 |
| DESTINO                             | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 64,706 |
| LUGAR ENTREGA                       | : VIA LACTEA 9308                  | IVA           | 12,294 |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 77,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |                                    |               |        |

SON : SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

|   |                |                  |               |
|---|----------------|------------------|---------------|
|  | 236            |                  |               |
| Emitido por   | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR 

FECHA: 16-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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        | TORTA PARA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
| CUENTA : 425119 GASTOS MENORES                             | VALOR NETO    | 36,134 |
| DESTINO : <del>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</del> PAUL HAZDIS      | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                  | SUB-TOTAL     | 36,134 |
| LUGAR ENTREGA : <del>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</del> COLON 9188 | IVA           | 6,866  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                          | TOTAL FACTURA | 43,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |               |        |
| SON : CUARENTA Y TRES MIL PESOS                            |               |        |

|   |                       |   |   |
|---|-----------------------|---|---|
| <br>Emitido por | 236<br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Comedor |
|---|-----------------------|---|---|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR



073193

FECHA: 16-10-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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        | TORTA PARA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 28,571      |
| 1        | TORTA PARA 60 PERSONAS | 36,134.45      | 36,134      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

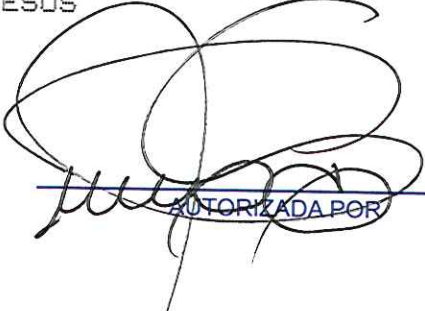
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                       |               |        |
|-----------------|-----------------------|---------------|--------|
| CUENTA :        | 425119 GASTOS MENORES | VALOR NETO    | 64,706 |
| DESTINO :       | COLEGIO JUAN PABLO II | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : | INMEDIATA             | SUB-TOTAL     | 64,706 |
| LUGAR ENTREGA : | CALLE PATRICIA 9040   | IVA           | 12,294 |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 77,000 |

SON : SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

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.


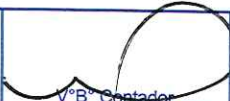
| CANTIDAD | DESCRIPCION            | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------------|----------------|-------------|
| 2        | TORTA PARA 40 PERSONAS | 28,571.43      | 57,143      |

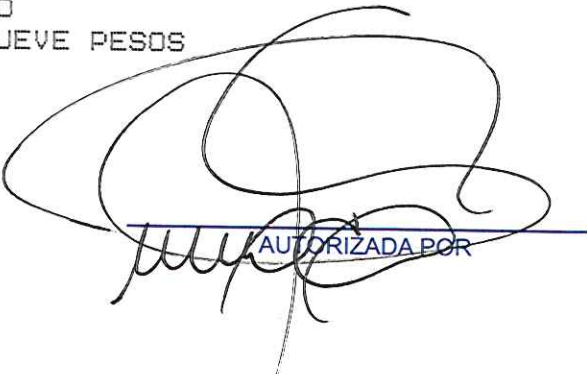
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                         |               |        |
|---------------|-------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 425119 GASTOS MENORES | VALOR NETO    | 57,143 |
| DESTINO       | : CENTRO DE APRENDIZAJE | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA             | SUB-TOTAL     | 57,143 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 8960   | IVA           | 10,857 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 68,000 |

SON : SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

|   |                              |                  |  |
|---|------------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 16-10-2014<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|------------------------------|------------------|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***24/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9040) A PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II                              | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040                                | 95,000        |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | TOTAL FACTURA |
| SON           | : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS                          | 95,000        |

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | Nuno Sol       |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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.


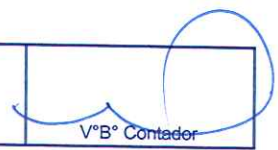
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***24/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                        | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                         | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | 95,000        |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | IVA           |
|               |  | 0             |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): ABASTIBLE S.A. 918060006

Dirección: VICUNA MAKENNA 55

Teléfono: 6939394

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 |
|----------|--------------|----------------|-------------|
| 451      | L GAS NORMAL | 476.47         | 214,888     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 423104 GAS                 | VALOR NETO    | 214,888 |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL     | 214,888 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 | IVA           | 40,829  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 255,717 |

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS DIECISEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***22/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |                       |
|---------------|--|-----------------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 190,000               |
| DESTINO       | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                              | DESCUENTO 0.0         |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 190,000     |
| LUGAR ENTREGA | : TOMAS MORO 1651                                    | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 190,000 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:





At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 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 44 PAX ***21/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA DE LAS CONDES (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                      |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0        |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 95,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : VIA LACTEA 9308                                    | IVA 0                |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 95,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                      |
| SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS     |  |                      |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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.


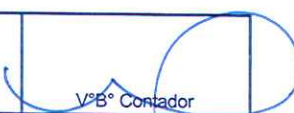
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***20/10/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280                                | IVA           |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nemo 802       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR





Señor(es): COMERCIAL E IMPORTADORA AUDIOMUSICA S.A. 965799206

Dirección: UNION LITERARIA 2052

Teléfono: 3752901

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        | AT2020 MICROFONO CONDENSADOR CARD AUDIOTECHNIC A       | 113,905.00     | 113,905     |
| 1        | M2FM1A1500 CABLE MICROFONO XLR-XLR AMPHENOL 15 M KLOTZ | 23,741.00      | 23,741      |
| 1        | PS01 POP FILTER C/CUELLO GANSO SAMSON                  | 18,991.00      | 18,991      |
| 1        | 21090-500-55 ATRIL MICROFONO 5/8 COLOR BLACK K & M     | 47,405.00      | 47,405      |
| 1        | BS410B ATRIL PARTITURA HERCULES                        | 41,705.00      | 41,705      |
| 1        | DESPACHO   | 5,900.00       | 5,900       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |               |         |
|-------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 431112 INSTRUMENTOS        | VALOR NETO    | 251,647 |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL     | 251,647 |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 | IVA           | 47,813  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA | 299,460 |

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 16-10-2014

Señor(es): MARCO ANTONIO ARAYA AROS 085389440

Dirección: SANTIAGUILO 1024

Teléfono: 5564060

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 6        | BLOCK FICHA MAMOGRAFIA                       | 4,000.00       | 24,000      |
| 30       | BLOCK ORDEN DE EXAMEN                        | 2,170.00       | 65,100      |
| 2,000    | SOBRE IMPRESO DE 23 x 28 CM. (P/RADIOGRAFIA) | 100.00         | 200,000     |
| 1,000    | SOBRE IMPRESO DE 28 x 33 CM. (P/RADIOGRAFIA) | 138.00         | 138,000     |


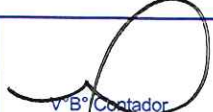
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

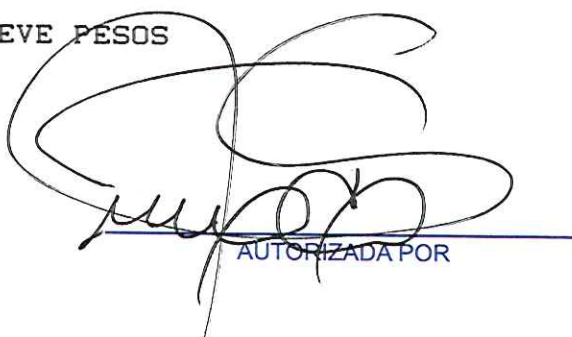
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                            |               |         |
|---------------|----------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421104 FORMUL.E IMPRESOS | VALOR NETO    | 427,100 |
| DESTINO       | : CENTRO IMAGENOLOG=A      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 427,100 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611-A       | IVA           | 81,149  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 508,249 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Neto 237       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono:

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1,000    | SOBRE IMPRESO DE 38 x 46 CM. (P/RADIOGRAFIA) | 199.00         | 199,000     |
| 3,000    | HOJAS TAMANO CARTA CON LOGO                  | 35.34          | 106,020     |


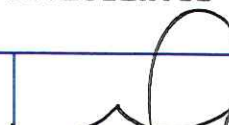
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                             |               |         |
|---------------|-----------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421104 FORMUL. E IMPRESOS | VALOR NETO    | 305,020 |
| DESTINO       | : CENTRO IMAGENOLOGÍA       | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                 | SUB-TOTAL     | 305,020 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611-A        | IVA           | 57,954  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 362,974 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

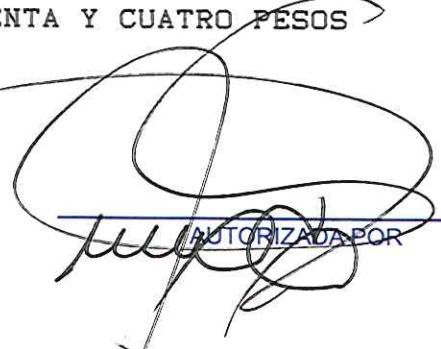
SON : TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

|   |                                |                  |  |
|---|--------------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | Memo<br>237.<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------------------|------------------|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



*Escasa  
 ES  
 15-X-14*

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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


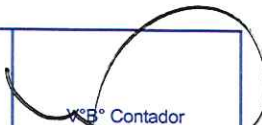
| CANTIDAD | DESCRIPCION         | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------|----------------|-------------|
| 40       | TARJETAS \$ 150.000 | 150,000.00     | 6,000,000   |

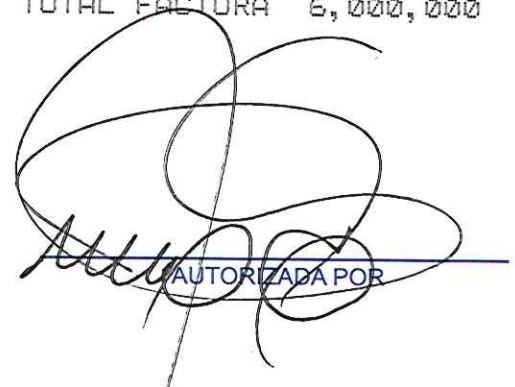
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SEIS MILLONES PESOS

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

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | 1510 237       |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 14-10-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | TOALLITAS DESINFECTANTES x 160 UN. CAVI WIPES               | 6,807.00       | 34,035      |
| 2        | GELITA HEMOSTATICA CAJA x 10 UN. SURGISPON                  | 1,933.00       | 3,866       |
| 10       | HUINCHA DE LIJA P/COMPOSITE INTERPROXIMAL 100 UN. MICRODONT | 2,185.00       | 21,850      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL

DESTINO : DIRECCION DE SALUD

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207


FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y UN MIL CIENTO CUATRO PESOS

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR NETO    | 59,751 |
| DESCUENTO 0.0 | 0      |
| SUB-TOTAL     | 59,751 |
| IVA           | 11,353 |
| TOTAL FACTURA | 71,104 |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 14-10-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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        | RESINA DUAL FOTOCURADO JERINGA 9 GR. ALTUS   | 12,790.00      | 25,580      |
| 3        | FRESA CONTRANGULO REDONDA CARBIDE MEISSINGER | 1,090.00       | 3,270       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.



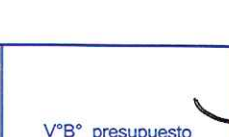
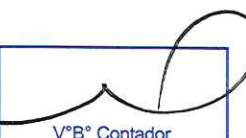
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

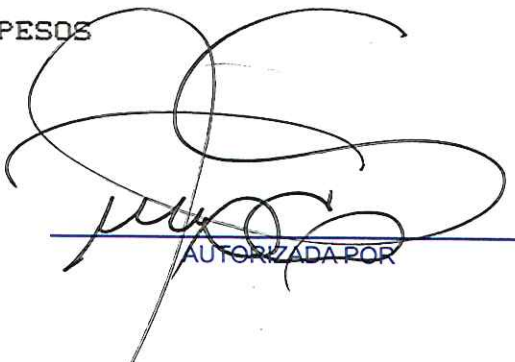
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                      |               |        |
|---------------|----------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421107 MAT. DENTAL | VALOR NETO    | 28,850 |
| DESTINO       | : DIRECCION DE SALUD | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA          | SUB-TOTAL     | 28,850 |
| LUGAR ENTREGA | : REYES LAVALLE 3207 | IVA           | 5,482  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA | 34,332 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emisor por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:


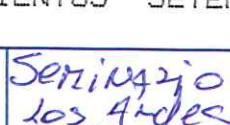
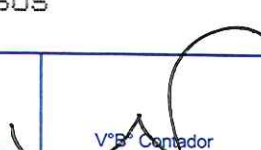
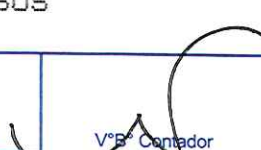
At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BUS 45 PAX ***17.10.14*** IDA DESDE CASA CENTRAL (REYES LAVALLE 3207) A LAS 07:30 HS A SAN FRANCISCO LODGE (LA CANABINA S/N SAN ESTEBAN LOS ANDES) Y REGRESO ***18.10.14*** A LAS 14:30 HS | 470,000.00     | 470,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

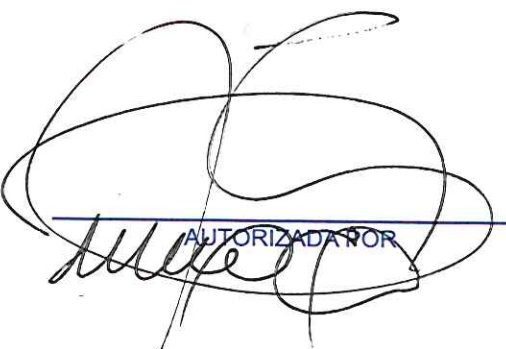
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                       |               |         |
|---------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 424114 SEMIN. Y ENCUENTROS   | VALOR NETO    | 470,000 |
| DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA             | SUB-TOTAL     | 470,000 |
| LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207    | IVA           | 0       |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 470,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO   |               |         |
| SON : CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS |               |         |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 14-10-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | NISTATINA 100.000 UI x 12 OVULOS | 1,073.00       | 21,460      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.


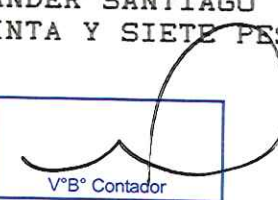
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

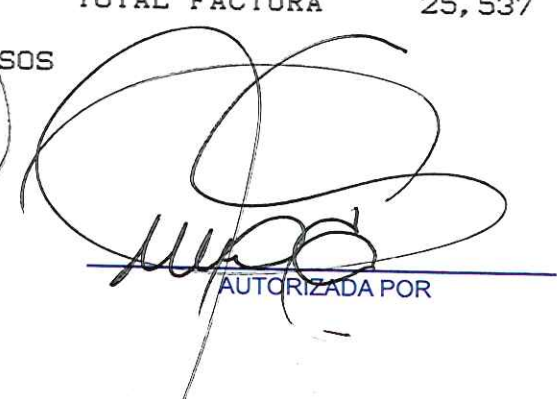
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                             |               |        |
|---------------|-----------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 21,460 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                 | SUB-TOTAL     | 21,460 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611          | IVA           | 4,077  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 25,537 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

|  |                            |                  |  |
|--|----------------------------|------------------|--|
|  | SOLICITA<br>D. E. OLIVARES |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por             | V°B° presupuesto | V°B° Contador  |



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



FECHA: 14-10-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

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 |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 4        | CREMA HIDRATANTE POTE x 1 KG. | 4,000.00       | 16,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                       |               |        |
|---------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS    | VALOR NETO    | 16,000 |
| DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA             | SUB-TOTAL     | 16,000 |
| LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350          | IVA           | 3,040  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 19,040 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO   |               |        |
| SON : DIECINUEVE MIL CUARENTA PESOS   |               |        |

|   |                    |                      |  |
|---|--------------------|----------------------|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--------------------|----------------------|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 14-10-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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.


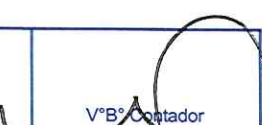
| CANTIDAD | DESCRIPCION                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--------------------------------|----------------|-------------|
| 10       | MINIX BROWNIE CON CHOCOLATE    | 831.93         | 8,319       |
| 2        | JUGO ANDINA DAMASCO X 6        | 3,731.09       | 7,462       |
| 4        | CHOCOLATE SHANE NUSS MINI X 20 | 2,092.44       | 8,370       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                       |               |        |
|---------------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES  | VALOR NETO    | 24,151 |
| DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA             | SUB-TOTAL     | 24,151 |
| LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207    | IVA           | 4,589  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA     | TOTAL FACTURA | 28,740 |

SON : VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS

|  |   |
|--|---|
|  |  |
| Emitido por  | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 14-10-2014

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

Teléfono:

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 30       | SERVICIO PARA 30 PERSONAS PARA EL DIA VIERNES 24/10/14 EN EL CENTRO DE APRENDIZAJE | 5,500.00       | 165,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**


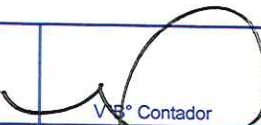
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 165,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 165,000  
 IVA 31,350  
 TOTAL FACTURA 196,350


VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | Nero 232       |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
 AUTORIZADA POR

FECHA: 14-10-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 10-10-2014 Sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


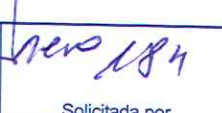


| CANTIDAD | DESCRIPCION                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-----------------------------|----------------|-------------|
| 3        | JERINGA 10 CC. TERUMO X 100 | 4,900.00       | 14,700      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO                | VALOR NETO    | 14,700 |
| DESTINO : CASA MARLIT                                   | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : 24 HORAS                                | SUB-TOTAL     | 14,700 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611                        | IVA           | 2,793  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                       | TOTAL FACTURA | 17,493 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                     |               |        |
| SON : DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS |               |        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 10

de Fecha 07-10-2014 Sírvase despachar

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


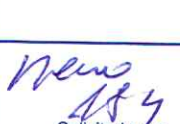
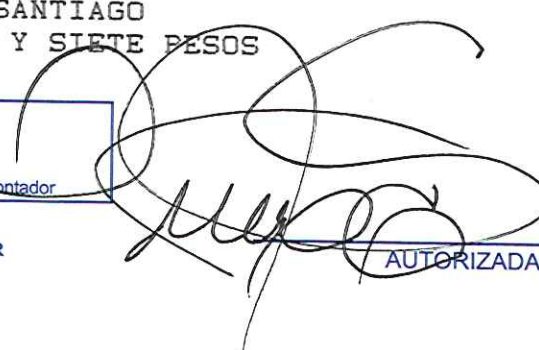
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | PINZA KELLY RECTA                                 |                |             |
| 8        | GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S         | 4,590.00       | 9,180       |
| 1        | GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS         | 1,150.00       | 9,200       |
| 11       | GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPE MAX | 1,700.00       | 1,700       |
| 6        | GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPE MAX | 1,700.00       | 18,700      |
| 1        | ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO ( CHINO )        | 1,700.00       | 10,200      |
|          |   | 2,900.00       | 2,900       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                                   |               |        |
|--|-----------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA   | : 42110E MAT. MEDICO Y QUIRURGICO | VALOR NETO    | 51,880 |
| DESTINO  | : CASA MARLIT                     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA  | : 24 HORAS                        | SUB-TOTAL     | 51,880 |
| LUGAR ENTREGA  | : CERRO ALTAR 6611                | IVA           | 9,857  |
| FORMA DE PAGO  | : 30 DIAS C/FACTURA               | TOTAL FACTURA | 61,737 |
| SON : SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS |                                   |               |        |

 Emitido por  
 Solicitada por  
 V°B° presupuesto  
 V°B° Contador  
 OBSERVACIONES: PROVEEDOR AUTORIZADA POR

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 4        | CAFE INST. TRADICION TARRO/POLVO 170 GR. NESCAFE | 2,921.00       | 11,684      |
| 1        | TE ROYAL CEYLAN CAJA 100 UN. LIPTON              | 2,598.00       | 2,598       |
| 2        | AZUCAR GRANULADA PQTE. 1 KG. D/BLANCA            | 498.00         | 996         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |        |
|--|---------------|--------|
| CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA       | VALOR NETO    | 15,278 |
| DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                  | SUB-TOTAL     | 15,278 |
| LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308            | IVA           | 2,903  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 18,181 |

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

|   |                |                  |               |
|---|----------------|------------------|---------------|
|  | Revo 485       |                  |               |
| Emjido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 4        | CAFE INST. TRADICION TARRO/POLVO 170 GR. NESC AFE | 2,921.00       | 11,684      |
| 3        | AZUCAR GRANULADA PQTE. 1 KG. D/BLANCA             | 498.00         | 1,494       |
| 10       | VASO PLUMAVIT 180 CC. x 20 UN. DARTEL             | 290.00         | 2,900       |
| 2        | TE ROYAL CEYLAN CAJA 100 UN. LIPTON               | 2,598.00       | 5,196       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                               |               |        |
|---------------|-------------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA | VALOR NETO    | 21,274 |
| DESTINO       | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                   | SUB-TOTAL     | 21,274 |
| LUGAR ENTREGA | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188  | IVA           | 4,042  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 25,316 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS DIECISEIS PESOS

|   |                |                  |               |
|---|----------------|------------------|---------------|
|  | Piero 356      |                  |               |
| Emitido por   | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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


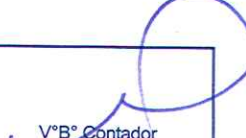
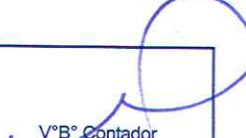
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 5        | CAFE INST. TRADICION TARRO/POLVO 170 GR. NESCAFE | 2,921.00       | 14,605      |
| 2        | TE ROYAL CEYLAN CAJA x 100 UN. LIPTON            | 2,598.00       | 5,196       |
| 2        | AZUCAR GRANULADA PQTE. 1 KG. D/BLANCA            | 498.00         | 996         |
| 8        | VASO PLASTICO 190 CC. 25 UD. TRASPARENTE         | 415.00         | 3,320       |
| 1        | REVOLVEDOR PLASTICO 100 UN. x BOLSA              | 398.00         | 398         |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

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  
 MONEDA : VEINTINUEVE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 24,515  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 24,515  
 IVA 4,658  
 TOTAL FACTURA 29,173

|  |                      |   |  |
|--|----------------------|---|--|
| <br>Emitted by | 1653<br>Requested by | <br>V°B° Presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|----------------------|---|--|

  
 AUTHORIZED BY

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): MARIA MARCELA JAMIS CARAVANTES 073428661

Dirección: BALMORAL 163

Teléfono:

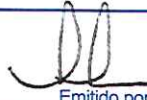
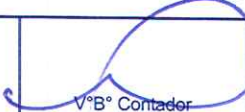
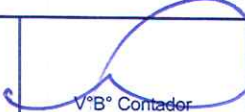
At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvese despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION          | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|----------------------|----------------|-------------|
| 1        | VESTON TALLA 10      | 17,647.06      | 17,647      |
| 1        | VESTON TALLA 12      | 19,747.90      | 19,748      |
| 2        | VESTON TALLA 14      | 19,747.90      | 39,496      |
| 1        | VESTON TALLA XS      | 19,747.90      | 19,748      |
| 2        | VESTON TALLA 18-40 S | 20,924.37      | 41,849      |
| 11       | VESTON TALLA 42-44 M | 21,764.71      | 239,412     |
| 10       | VESTON TALLA 46-48 L | 21,764.71      | 217,647     |
| 2        | VESTON TALLA 50 XL   | 21,764.71      | 43,529      |
| 1        | BLAZER TALLA 10      | 17,647.06      | 17,647      |
| 5        | BLAZER TALLA 12      | 19,747.90      | 98,740      |
| 12       | BLAZER TALLA 14      | 19,747.90      | 236,975     |
| 10       | BLAZER TALLA XS      | 19,747.90      | 197,479     |
| 8        | BLAZER TALLA 18-40 S | 20,924.37      | 167,395     |
| 3        | BLAZER TALLA 42-44 M | 21,764.71      | 65,294      |
| 1        | BLAZER TALLA 46-48 L | 21,764.71      | 21,765      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                         |
|--|-------------------------|
| CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  | VALOR NETO 1,444,370    |
| DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  | DESCUENTO 0.0 0         |
| FECHA ENTREGA : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 1,444,370     |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811   | IVA 274,430             |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA 1,718,800 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  |                         |
| MONTANTO : UN MILLON SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS |                         |

|   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | <b>MEMO # 313</b><br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-------------------------------------|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

Teléfono:

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 |
|----------|-------------------------------|----------------|-------------|
| 70       | SERVICIO DE DESAYUNO 30.10.14 | 5,500.00       | 385,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.



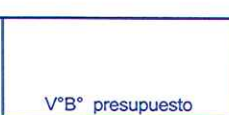
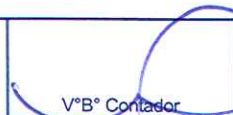
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                 |                                  |               |         |
|-----------------|----------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :        | 425119 GASTOS MENORES            | VALOR NETO    | 385,000 |
| DESTINO :       | COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 385,000 |
| LUGAR ENTREGA : | VIA LACTEA 9308                  | IVA           | 73,150  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 458,150 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR 

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 400      | INSYTE CATETER BRANULA CORTA N: 18 CAJA x 50 | 168.00         | 67,200      |
| 600      | INSYTE CATETER BRANULA CORTA N: 20 CAJA x 50 | 168.00         | 100,800     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                                    |               |         |
|---------------|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  | VALOR NETO    | 168,000 |
| DESTINO       | : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 168,000 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                 | IVA           | 31,920  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 199,920 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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        | REFRIGERADOR SAMSUNG MOD. RT29FARHDSP/ZS | 218,479.00     | 436,958     |
| 1        | DESPACHO EN LAS CONDES.                  | 5,874.00       | 5,874       |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |         |
|---------------|---|---------------|---------|
| CUENTA        | : 122104 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE SALUD | VALOR NETO    | 442,832 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA        | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                             | SUB-TOTAL     | 442,832 |
| LUGAR ENTREGA | : PAUL HARRIS 1140                      | IVA           | 84,138  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                     | TOTAL FACTURA | 526,970 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

*[Handwritten signatures and stamps]*

073268

FECHA: 23-10-2014

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIAL TEKMA LIMITADA 777762400

Dirección: PEREZ VALENZUELA 1098 OF 1

Teléfono: 2264 1652

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 |
|----------|--------------------------|----------------|-------------|
| 8        | MASTER DUPLICADO LDD 025 | 36,000.00      | 288,000     |
| 8        | TINTA LDD 025            | 9,600.00       | 76,800      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 364,800  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 364,800  
IVA 69,312  
TOTAL FACTURA 434,112

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO DOCE PESOS

|   |  |                  |               |
|---|--|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <i>Pedro Menscal</i><br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|--|------------------|---------------|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): ALLENDES CANTILLANA SABINA DEL C. 095810721

Dirección: CALLE 2 "A" N°1255

Teléfono:

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        | CONFECCION DE VESTUARIO PARA MUSICAL "PERGOLA DE LAS FLORES" (PANTALONES, POLLERAS, PECHERAS, PANUELOS, BLUSAS) | 234,400.00     | 234,400     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO | VALOR NETO 234,400    |
| DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE     | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA           | SUB-TOTAL 234,400     |
| LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 | 10 % RETENCIO 23,440  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA   | TOTAL FACTURA 210,960 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

|   |                             |                  |               |
|---|-----------------------------|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | MEMO #964<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|-----------------------------|------------------|---------------|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
 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°

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                     | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---------------------------------|----------------|-------------|
| 1        | GUILLOTINA PALANCA DHALE 320 MM | 25,893.00      | 25,893      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

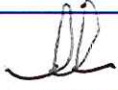
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA       | VALOR NETO    | 25,893 |
| DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                 | SUB-TOTAL     | 25,893 |
| LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207        | IVA           | 4,920  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 30,813 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO       |               |        |
| SON : TREINTA MIL OCHOCIENTOS TRECE PESOS |               |        |

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | MEMO# 193      |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 45 PAX ***08.11.14*** DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A.FLEMING C/ TOMAS MORO) A INSTITUTO CHACABUCO (CALLE ACONCAGUA 315 - COLINA) - SALIDA 07:45 HS Y REGRESO 14:00 HS | 140,000.00     | 140,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.


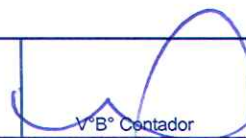
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                 |  |                       |
|---------------------------------|--|-----------------------|
| CUENTA                          | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 140,000               |
| DESTINO                         | : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR                          | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA                   | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 140,000     |
| LUGAR ENTREGA                   | : CALLE PATRICIA 8960                                | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO                   | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 140,000 |
| SON : CIENTO CUARENTA MIL PESOS |  |                       |

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | MEMO # 959     |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



FECHA: 23-10-2014

Señor(es): IMPORT. Y DISTRIB. DE FLORES CLARA MORAGA E HIJOS LTDA. 775806206

Dirección: AV. PDTE. EDO. FREI MONTALVA 1651 LOCAL 52

Teléfono:

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION      | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|------------------|----------------|-------------|
| 1        | ARREGLO FLORALES | 109,243.70     | 109,244     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

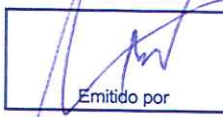

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

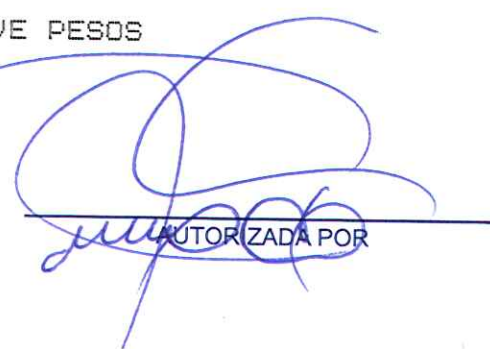
|                 |                             |               |         |
|-----------------|-----------------------------|---------------|---------|
| CUENTA :        | 425119 GASTOS MENORES       | VALOR NETO    | 109,244 |
| DESTINO :       | ADMINISTRACION CASA CENTRAL | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : | INMEDIATA                   | SUB-TOTAL     | 109,244 |
| LUGAR ENTREGA : | REYES LAVALLE 3207          | IVA           | 20,756  |
| FORMA DE PAGO : | 30 DIAS C/FACTURA           | TOTAL FACTURA | 130,000 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

|   |   |                  |               |
|---|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|---|------------------|---------------|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): COMERCIAL E IMPORTADORA AUDIOMUSICA S.A. 965799206

Dirección: UNION LITERARIA 2052

Teléfono: 3752901

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        | SHOCK MOUNT PARA MICROFONO C02 SP02 SAMSON | 20,084.03      | 20,084      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 431112 INSTRUMENTOS  
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,084  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 20,084  
IVA 3,816  
TOTAL FACTURA 23,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTITRES MIL NOVECIENTOS PESOS

|  |                |                  |   |
|--|----------------|------------------|---|
|  | MEMO# 903      |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 23-10-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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 |
|----------|-------------------------------------|----------------|-------------|
| 40       | PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 H DIMERC  | 1,625.00       | 65,000      |
| 40       | PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 500 H DIMERC | 1,920.00       | 76,800      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

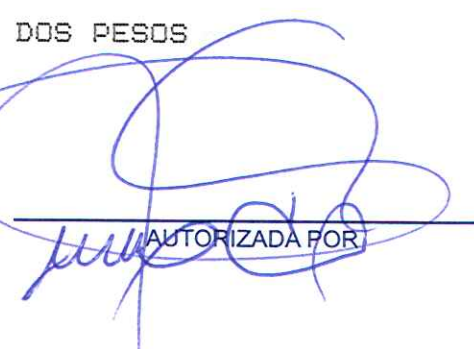
|               |                            |               |         |
|---------------|----------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421120 INSUMOS ESCOLARES | VALOR NETO    | 141,800 |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II    | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                | SUB-TOTAL     | 141,800 |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040      | IVA           | 26,942  |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA        | TOTAL FACTURA | 168,742 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO: CIENTO SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <br>Emitted by | <br>Requested by | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|--|---|---|--|

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono:

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 300      | CARNET DEL ADULTO MAYOR                      | 193.33         | 57,999      |
| 1,000    | CARNET DEL ADULTO PLIZADO                    | 34.80          | 34,800      |
| 100      | BLOCK SALIDA DE BODEGA AUTOCOPIATIVO         | 1,288.00       | 128,800     |
| 200      | TALONARIO REFERENCIA INTRACONS. AUTOCOPITIVO | 530.00         | 106,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| CUENTA : 421104 FORMUL. E IMPRESOS | VALOR NETO 327,599    |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO    | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA          | SUB-TOTAL 327,599     |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611   | IVA 62,244            |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA 389,843 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

|   |                                   |   |  |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <br>Emitido por | <i>Nemo 951</i><br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------------------|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

02+

FECHA: 23-10-2014

Señor(es): **GRAFICA COLUVID LIMITADA 763097552**

Dirección: **LORD COCHRANE 1216**

Teléfono:

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 500      | TARJETA CONTROL DE PACIENTES PROG. ERA T/OFIC. | 79.20          | 39,600      |
| 1,000    | TARJETA CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ADULTO       | 63.00          | 63,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO VEINTIDOS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 102,600  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 102,600  
IVA 19,494  
TOTAL FACTURA 122,094

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 23-10-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

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 |
|----------|------------------------------|----------------|-------------|
| 250      | FLUOXETINA 20 MG. x 20 COMP. | 225.00         | 56,250      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                             |               |        |
|---------------|-----------------------------|---------------|--------|
| CUENTA        | : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 56,250 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO     | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                 | SUB-TOTAL     | 56,250 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611          | IVA           | 10,688 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA         | TOTAL FACTURA | 66,938 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

|  |   |                  |   |
|--|---|------------------|---|
|  | <i>Solicita por</i><br><i>Reno LF3.</i> |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por                          | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | HIDROCLOROT+TRIAMTERENE 5 MG. x 1000 CM.       | 15,000.00      | 180,000     |
| 550      | CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 POMO                    | 290.00         | 159,500     |
| 7        | AMITRPTILINA 25 MG. x 1000 CM.                 | 4,900.00       | 34,300      |
| 100      | CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAM. D x 500 CM | 8,000.00       | 800,000     |
| 6        | CARBAMAZEPINA 200 MG. x 1000 CM.               | 16,000.00      | 96,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.



DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                                  |               |           |
|---|----------------------------------|---------------|-----------|
| CUENTA  | : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS      | VALOR NETO    | 1,269,800 |
| DESTINO   | : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA | DESCUENTO 0.0 | 0         |
| PLAZO ENTREGA   | : INMEDIATA                      | SUB-TOTAL     | 1,269,800 |
| LUGAR ENTREGA   | : PAUL HARRIS 1140               | IVA           | 241,262   |
| FORMA DE PAGO   | : 30 DIAS C/FACTURA              | TOTAL FACTURA | 1,511,062 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                     |                                  |               |           |
| SON : UN MILLON QUINIENTOS ONCE MIL SESENTA Y DOS PESOS |                                  |               |           |

|  |                |                  |  |
|--|----------------|------------------|--|
|  | Remo A3        |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador  |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 POMO                    | 290.00         | 14,500      |
| 61       | CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAM. D x 500 CM | 8,000.00       | 488,000     |
| 5        | CARBAMAZEPINA 200 MG. x 1000 CM.               | 16,000.00      | 80,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |                              |               |         |
|---------------|------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA        | : 421105 P.FARMC. Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 582,500 |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO      | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA                  | SUB-TOTAL     | 582,500 |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611           | IVA           | 110,675 |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA          | TOTAL FACTURA | 693,175 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | Neto 173       |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR



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°

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                       | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|-----------------------------------|----------------|-------------|
| 4        | FUROSEMIDA 40 MG. CAJA x 1000 CM. | 15,000.00      | 60,000      |
| 25       | ATENOLOL 50 MG. CAJA x 1000 CM.   | 6,000.00       | 150,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |               |         |
|--|---------------|---------|
| CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES | VALOR NETO    | 210,000 |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO                  | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                        | SUB-TOTAL     | 210,000 |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611                 | IVA           | 39,900  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                | TOTAL FACTURA | 249,900 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS

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

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 10       | CINTAS REACTIVAS ANALISIS DE ORINA CYBOW 10, FCO x 100 TIRAS | 6,500.00       | 65,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |               |        |
|---|---------------|--------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO              | VALOR NETO    | 65,000 |
| DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA            | DESCUENTO 0.0 | 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                             | SUB-TOTAL     | 65,000 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140                      | IVA           | 12,350 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                     | TOTAL FACTURA | 77,350 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                   |               |        |
| SON : SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS |               |        |

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <br>Emitted por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|------------------|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): ENVASES CREATIVOS SU BOLSA LTDA. 764628306

Dirección: AV. IRARRAZABAL 1040

Teléfono:

At.: Sr.: CARMEN GLORIA

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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       | CAJA DE CARTON AUTO-ARMABLE COLOR DORADO   | 546.22         | 13,109      |
| 24       | CAJA DE CARTON AUTO-ARMABLE COLOR AZUL     | 546.22         | 13,109      |
| 24       | CAJA DE CARTON AUTO-ARMABLE COLOR AMARILLA | 546.22         | 13,109      |
| 24       | CAJA DE CARTON AUTO-ARMABLE COLOR ROJO     | 546.22         | 13,109      |
| 24       | CAJA DE CARTON AUTO-ARMABLE COLOR VERDE    | 546.22         | 13,109      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


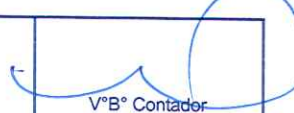
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 424159 PROMOCION DE LA SALUD COMUNAL  
 DESTINO : DIRECCION DE SALUD  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETENTA Y OCHO MIL PESOS

VALOR NETO 65,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 65,546  
 IVA 12,454  
 TOTAL FACTURA 78,000

|   |                              |                  |  |
|---|------------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | <i>247</i><br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|------------------------------|------------------|--|

OBSERVACIONES:

*se pagará con cheque*

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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 |
|----------|--|----------------|-------------|
| 4        | LAMOTRIGINA 50 MG. CJ/500 COMP. (FALMUS) | 38,500.00      | 154,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                    |               |         |
|------------------------------------|---------------|---------|
| CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS | VALOR NETO    | 154,000 |
| DESTINO : CENTRO COSAM             | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA          | SUB-TOTAL     | 154,000 |
| LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140   | IVA           | 29,260  |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  | TOTAL FACTURA | 183,260 |

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

|  |   |                  |               |
|--|---|------------------|---------------|
| <br>Emisor por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|--|---|------------------|---------------|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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


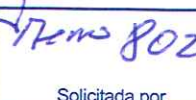
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***28.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9040) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS. | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II                              | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040                                | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | 95,000        |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | IVA           |
|               |  | 0             |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

FORMA DE PAGO : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***28.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |               |
|-------------------------------------|--|---------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO                             | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                        | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA                       | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                         | IVA           |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  | 95,000        |
| MONTON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS  |  |               |

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

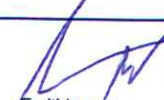
At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | BUS 44 PAX ***26.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

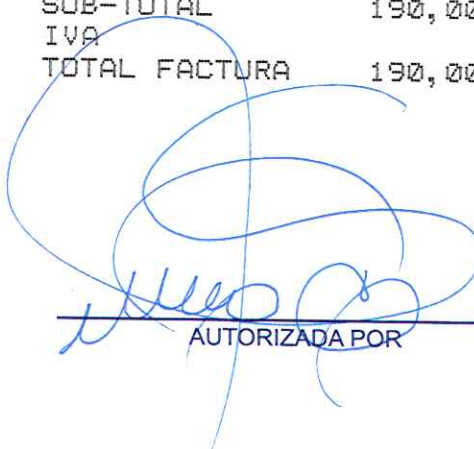
ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                       |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 190,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                              | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 190,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : TOMAS MORO 1651                                    | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 190,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                       |
| MON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS      |  |                       |

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | 190802         |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***25.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA DE LAS CONDES (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                      |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0 0      |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 95,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : VIA LACTEA 9308                                    | IVA 0                |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 95,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                      |
| SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS     |  |                      |

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
|  | <i>Nino 802</i> |  |
| Emitido por  | Solicitada por  | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR 



Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***24.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.


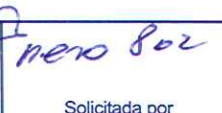


ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280                                | 95,000        |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | 0             |
| SON           | : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS                          | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:



AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:





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        | BUS 44 PAX ***21.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9040) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II                              | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040                                | 95,000        |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | 0             |
|               | MON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS                      | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1 Teléfono: 4460087

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.


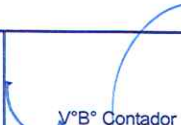
| CANTIDAD | DESCRIPCION                                 | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 72       | ALCOHOL 70 GRADOS, FRASCO 250 ML. CAJA x 36 | 360.00         | 25,920      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : TREINTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 25,920  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 25,920  
 IVA 4,925  
 TOTAL FACTURA 30,845

|  |                  |                  |   |
|--|------------------|------------------|---|
|  | <i>Revis 190</i> |                  |  |
| Emitido por  | Solicitada por   | V°B° presupuesto | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:



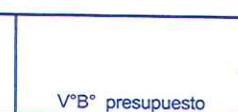
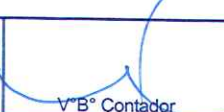
At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sirvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***21.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                      |  |               |
|--------------------------------------|--|---------------|
| CUENTA                               | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO                              | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                        | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA                        | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA                        | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                         | IVA           |
| FORMA DE PAGO                        | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  |  | 95,000        |
| MONTANTO : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS |  |               |

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087





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 |
|----------|---|----------------|-------------|
| 108      | ALCOHOL 70 GRADOS, FRASCO 250 ML. CAJA x 36 | 360.00         | 38,880      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|  |                      |
|--|----------------------|
| CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO                   | VALOR NETO 38,880    |
| DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO                            | DESCUENTO 0.0 0      |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                  | SUB-TOTAL 38,880     |
| LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611                           | IVA 7,387            |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                          | TOTAL FACTURA 46,267 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                        |                      |
| SON : CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS |                      |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|--|

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:


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

| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 2        | BUS 44 PAX ***19.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|   |                       |
|---|-----------------------|
| CUENTA : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 190,000               |
| DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR                             | DESCUENTO 0.0 0       |
| PLAZO ENTREGA : INMEDIATA                                   | SUB-TOTAL 190,000     |
| LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651                             | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA                           | TOTAL FACTURA 190,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                         |                       |
| MONTON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS                           |                       |

|  |                |                  |               |
|--|----------------|------------------|---------------|
|  | Numero 802     |                  |               |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): BIOTECH LIMITADA 760063665

Dirección: ARZOBISPO LARRAIN GANDARILLA 145

Teléfono: 6350809

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

de Fecha

Sírvase despachar

y/o ejecutar, 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        | CONO GUTTA TUBO # 35 METABIOMED COREA | 3,500.00       | 10,500      |
| 3        | CONO GUTTA TUBO # 40 METABIOMED COREA | 3,500.00       | 10,500      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL

DESTINO : CASA MARLIT

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS



VALOR NETO 21,000

DESCUENTO 0.0 0


SUB-TOTAL 21,000

IVA 3,990

TOTAL FACTURA 24,990

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | new 192        |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114\*A

Teléfono: 78537777

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

de Fecha

Sírvase despachar

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION                                    | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | APC UPS 1.100VA 230V CON REGULADOR VOLTAJE APC | 78,500.00      | 78,500      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |   |               |
|---------------|---|---------------|
| CUENTA        | : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO | 78,500        |
| DESTINO       | : CONSULTORIO APOQUINDO                             | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA   | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CERRO ALTAR 6611                                  | IVA           |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                 | TOTAL FACTURA |
|               |   | 93,415        |

SON : NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|--|--|---|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR



Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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


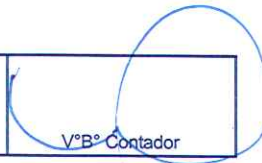
| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***18.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                                    | IVA           |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

|   |                       |                  |  |
|---|-----------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 802<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|-----------------------|------------------|--|

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***17.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039


|               |  |                      |
|---------------|--|----------------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 0      |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 95,000     |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280                                | IVA 0                |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 95,000 |

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

|   |                            |                  |  |
|---|----------------------------|------------------|--|
| <br>Emitido por | 12140802<br>Solicitada por | V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|----------------------------|------------------|--|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
 AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***14.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9040) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.




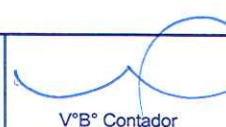
DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.

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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |               |
|-------------------------------------|--|---------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO                             | : COLEGIO JUAN PABLO II                              | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA                       | : CALLE PATRICIA 9040                                | IVA           |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  | 95,000        |
| SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS     |  |               |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|  |  |  |  |
| Emisor por  | Solicitada por  | V°B° presupuesto  | V°B° Contador   |

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:



AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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

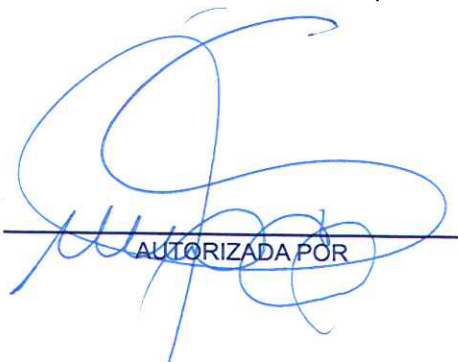
| CANTIDAD | DESCRIPCION   | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|---|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***14.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE C DELGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |                      |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000               |
| DESTINO                             | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                        | DESCUENTO 0.0 0      |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 95,000     |
| LUGAR ENTREGA                       | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                         | IVA 0                |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 95,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  |                      |
| MONTON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS  |  |                      |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:


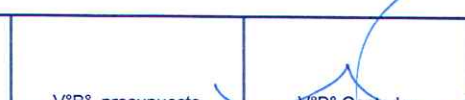
At: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvese despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

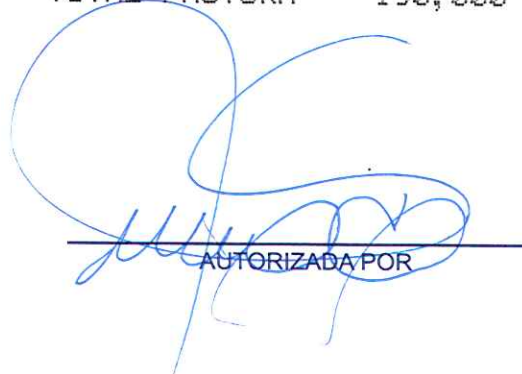
| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 2        | BUS 44 PAX ***12.11.14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A.FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                      |  |                       |
|--------------------------------------|--|-----------------------|
| CUENTA                               | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 190,000               |
| DESTINO                              | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                              | DESCUENTO 0.0         |
| PLAZO ENTREGA                        | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL 190,000     |
| LUGAR ENTREGA                        | : TOMAS MORO 1651                                    | IVA 0                 |
| FORMA DE PAGO                        | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA 190,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  |  |                       |
| MONTANTON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS |  |                       |

|  |   |                  |               |
|--|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|--|---|------------------|---------------|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***11/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : VIA LACTEA 9308                                    | IVA           |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:



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        | BUS 44 PAX ***10/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA (CAMINO EL ALBA 9280) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA                     | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | 0             |
| LUGAR ENTREGA | : CAMINO EL ALBA 9280                                | SUB-TOTAL     |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | 95,000        |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | IVA           |
|               | NOVENTA Y CINCO MIL PESOS                            | 0             |
|               |  | TOTAL FACTURA |
|               |  | 95,000        |

|  |                |   |
|--|----------------|---|
|  | 170802         |  |
| Emitido por  | Solicitada por | V°B° Contador   |

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:


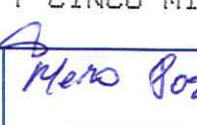
At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha Sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

| CANTIDAD | DESCRIPCION  | VALOR UNITARIO | TOTAL VALOR |
|----------|--|----------------|-------------|
| 1        | BUS 44 PAX ***07/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO JUAN PABLO II (PATRICIA 9040) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 14:00 HS Y REGRESO 16:00 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|               |  |               |
|---------------|--|---------------|
| CUENTA        | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO       | : COLEGIO JUAN PABLO II                              | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA | : CALLE PATRICIA 9040                                | 95,000        |
| FORMA DE PAGO | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | IVA           |
|               | VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO                  | TOTAL FACTURA |
| SON           | : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS                          | 95,000        |

|   |   |                  |               |
|---|---|------------------|---------------|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | V°B° presupuesto | V°B° Contador |
|---|---|------------------|---------------|

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***07/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO PAUL HARRIS (COLON 9188) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 10:30 HS Y REGRESO 12:45 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |               |
|-------------------------------------|--|---------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO                             | : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS                        | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA                       | : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188                         | IVA           |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  | 95,000        |

SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <br>Emitido por | <br>Solicitada por | <br>V°B° presupuesto | <br>V°B° Contador |
|---|---|---|---|

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***05/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SIMON BOLIVAR (A. FLEMING C/ TOMAS MORO) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 190,000     |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.  
 SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.  
 ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.  
 DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.  
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS 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.

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |   |               |         |
|-------------------------------------|---|---------------|---------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIV | VALOR NETO    | 190,000 |
| DESTINO                             | : COLEGIO SIMON BOLIVAR                     | DESCUENTO 0.0 | 0       |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA                                 | SUB-TOTAL     | 190,000 |
| LUGAR ENTREGA                       | : TOMAS MORO 1651                           | IVA           | 0       |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                         | TOTAL FACTURA | 190,000 |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |   |               |         |
| MONTON : CIENTO NOVENTA MIL PESOS   |   |               |         |

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NUNEZ JEREZ Y CIA LTDA 779808408

Dirección: DEPARTAMENTAL ANTIGUO 3200

Teléfono:

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        | BUS 44 PAX ***04/11/14*** IDA Y VUELTA DESDE COLEGIO SANTA MARIA (VIA LACTEA 9308) A PARQUE PADRE HURTADO - SALIDA 15:30 HS Y REGRESO 17:30 HS | 95,000.00      | 95,000      |

ATENCIÓN PROVEEDORES: DE LUNES A JUEVES DE 8:30 A 13:30 HRS. Y DE 14:30 A 16:00 HRS. VIERNES DE 8:30 A 14:00 HRS.

SOLO SE RECEPCIONARÁN PEDIDOS CON GUÍA O FACTURA JUNTO CON OC. IMPRESA.

SOLO SE RECEPCIONARÁN MERCADERÍAS CON UNA DURACIÓN SUPERIOR A 1 AÑO.

ORDEN DE COMPRA VÁLIDA POR 15 DÍAS CORRIDOS A CONTAR DE FECHA DE EMISIÓN.

DESPACHAR FACTURA EN LUGAR DE ENTREGA.



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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**

DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 22720 6000 - FAX: 22720 6039

|                                     |  |               |
|-------------------------------------|--|---------------|
| CUENTA                              | : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO | 95,000        |
| DESTINO                             | : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES                   | DESCUENTO 0.0 |
| PLAZO ENTREGA                       | : INMEDIATA  | SUB-TOTAL     |
| LUGAR ENTREGA                       | : VIA LACTEA 9308                                    | IVA           |
| FORMA DE PAGO                       | : 30 DIAS C/FACTURA                                  | TOTAL FACTURA |
| VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO |  | 95,000        |
| SON : NOVENTA Y CINCO MIL PESOS     |  |               |

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: