



Rut: 77.371.920-9
 Dirección: Santa Mónica 2349 - Santiago
 Fono Mesa Central: 2 - 2671 9562
 E-mail: info@clandent.cl

Fecha: febrero 20 de 2015

Nombre: CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA
 Dirección: Huanhuallí # 308
 Comuna: La Serena
 At.: Sr. Rubén Bravo Zamorano - Coordinador Depto. de Salud

R.U.T.: 70.892.100-9
 Teléfono: 56 - 51 - 2544177
 Cond. Venta: _____

Tenemos el agrado de presentarles nuestra Cotización por lo siguiente:

Cant.	ARTICULOS	P. Unit. Neto	P. Unit. C/IVA	P. Total C/IVA
300	Cepillo Dental Adulto Mediano PREMIER CLEAN COLGATE (Embarazadas y 60 Años)	244	290	87.000
50	Fresa B/V Cerbide Redonda 14 KERR	773	920	46.000
50	Fresa B/V Cerbide Redonda 16 KERR	773	920	46.000
100	Fresa B/V Cerbide Redonda 18 KERR	773	920	92.000
100	Gelita Hemostática caja 40 unids. SURGISPON	8.235	9.800	980.000
300	Pasta Dental Infantil, Pomo 100 grs. 1100 ppm. COLGATE	655	780	234.000
20	Sutura Seda 3/0 caja 36 unids. TAGUM	22.269	26.500	530.000
10	Turbinas Terminal Midwest NSK PANAMAX	92.437	110.000	1.100.000
Sub-Total				\$ 2.617.647
CONDICIONES DE PAGO: Pago Adjunto, Depósito o Transferencia Bancaria				
Duración de la Presente: 20 días				
Despacho Mínimo: Santiago \$60.000.- / Provincia \$100.000.-				
Se Cotiza SOLO Productos en Stock / Envío Inmediato				
DATOS DE TRANSFERENCIA				
BANCO SANTANDER / N° Cta. Cte.: 1 0 0 7 3 0				
Empresa: CLAN DENT Ltda. / Rut: 77.371.920-9				
E-mail: info@clandent.cl				
				Neto \$ 2.617.647
				IVA \$ 497.353
				Total \$ 3.115.000

Esta Planilla está preparada para ser Modificada,
 tanto para Eliminar Items o Variar Cantidades

Sin otro particular le saluda Atte.

CLAN DENT Ltda.

SOLICITUD DE COTIZACIÓN - INSUMOS DENTALES MES DE OCTUBRE											
1.- Datos del Solicitante											
Nombre Solicitante		Corporacion Municipal Gabriel Gonzalez Videla			RUT del Solicitante		70.892.100-9		Dirección del solicitante	Animas de Diego N° 580, La Serena	
Tipo Disponibil					Lugar de entrega		Avenida España 878, Esquina Avda Francisco de Aguirre, Ciudad de La Serena, Fono: 851 3544117		Fecha de entrega		Equivalente
En base a lo señalado por el proveedor en su oferta											
2.- Datos del Proveedor											
Nombre Proveedor		COMERCIAL EXPRES DENTLDA			RUT Proveedor		78.378.160-3				
Dirección Proveedor		AVDA. PRESIDENTE ERRAZURU 4336, LAS CONDÉS			Correo Electrónico		comercio@expresdent.cl	Fono Proveedor	229798115		
3.- LISTADO DE PRODUCTOS SOLICITADOS					4.- LISTADO DE PRODUCTOS OFERTADOS						
Nº ITEM	CANTIDAD (en el proveedor según cantidad disponible por unidad)	CATEGORIA	PRODUCTO SOLICITADO	PRODUCTO OFERTADO (MARCA DESCRIPCION)	FECHA ESTIMADA DE ENTREGA	VALOR UNITARIO NETO	VALOR TOTAL NETO POR PRODUCTO	Valor IVA	OBSERVACIONES		
3	200	Equipamiento	Bandeja examen	BAK		1134	226800	24482			
10	100	InsUMO Dental	Escobillas Profilacticas Mediana	STODDARD		290	29000	29730			
11	2500	InsUMO Dental	Fluor Barniz 5% 0,50, DOSIS INDIVIDUAL	DURASHIELD		732	1830000	2177700			
13	200	InsUMO Dental	Sonda Caries Curva	BAK		788	157600	17828			
16	200	InsUMO Dental	Pinzas Dentales	BAK		714	142800	15982			
							Valor Total Neto	\$ 2.376.800			
							IVA	\$ 451.402			
							Valor Total (IVA INCL)	\$ 2.828.202			

SOLICITUD DE COTIZACION - INSUMOS DENTALES MES DE OCTUBRE										
1.- Datos del Solicitante										
Nombre Solicitante	Corporacion Municipal Gabriel Gonzalez Videla			RUT del Solicitante	70.992.100-9		Dirección del Solicitante	Animas de Diego N° 550, La Serena		
Punto de Entrega				Lugar de entrega	Avenida España 5N, Esquina Avenida Francisco de Aguirre, Ciudad de La Serena, Bases: 09 7044117		Fecha de entrega Requerida	En base a lo señalado por el proveedor en su oferta		
2.- Datos del Proveedor										
Nombre Proveedor	MAYODENT CHILE LTDA			Rut Proveedor	76.977.120-4					
Dirección Proveedor	GENERAL HOLLEY 2300			Contacto Electrónico			Fax Proveedor	051 261 51 13		
3.- LISTADO DE PRODUCTOS SOLICITADOS					4.- LISTADO DE PRODUCTOS OFERTADOS					
ITEM	CANTIDAD (En la prestación de servicio, cantidad total de unidades por mes)	CATEGORIA	PRODUCTO SOLICITADO	PRODUCTO OFERTADO (MARCA, DESCRIPCION)	FECHA ESTIMADA DE ENTREGA	VALOR UNITARIO NETO	VALOR TOTAL NETO POR PRODUCTO	Valor IVA Total	VALOR TOTAL	
1	30	Insumo Dental	Anestesia Tópica Crema	ALFA	7 DIAE	1799	53980	63010		
2	50	Insumo Dental	Composita posterior P60 A3, unidad	P60-3M	7 DIAE	13685	684250	814250		
3	30	Insumo Dental	FRESA ENDOZETA	MAILLEFER	7 DIAE	4700	141000	167200		
4	300	Insumo Dental	Seda Dental Adulto 60 años	ORAL B	7 DIAE	880	267000	317700		
5	60	Insumo Dental	Vidrio Ionomero Vitremer	3M	7 DIAE	47650	2859000	3418700		
							Valor Total Neto	\$ 4.018.340	\$ 4.778.493	
							IVA			
							Valor Total (IVA INC)	\$ 4.778.493		

SOLICITUD DE COTIZACION - INSUMOS DENTALES MES DE OCTUBRE									
1.- Datos del Solicitante									
Nombre Solicitante	Corporacion Municipal Gabriel Gonzalez Videla			RUT del Solicitante	70.882.100-8	Dirección del Solicitante	Animas de Diego N° 650, La Serena		
Papel Dispensio				Lugar de entrega	Avenida España S/N, Esquina Avenida Francisco de Aguirre, Ciudad de La Serena, Fono: 051- 2544117	Fecha de entrega cotización	En base a lo señalado por el proveedor en su oferta		
2.- Datos del Proveedor									
Nombre Proveedor	COMERCIAL EMPRESA DENT LTDA			RUT Proveedor	78.378.180-3				
Dirección Proveedor	AVDA. PRESIDENTE ERRAZURU 4335, LAZ CONDES			Contacto Electrónico	comercio@empra.com	Fax Proveedor	226798115		
3.- LISTADO DE PRODUCTOS SOLICITADOS					4.- LISTADO DE PRODUCTOS OFERTADOS				
ITEM	CANTIDAD (Especificar cantidad solicitada por procedimiento)	CATEGORIA	PRODUCTO SOLICITADO	PRODUCTO OFERTADO (MARCA DESCRIPCION)	FECHA ESTIMADA DE ENTREGA	VALOR UNITARIO NETO	VALOR TOTAL NETO POR PRODUCTO	VALOR IVA	OBSERVACIONES
1	300	Insumo Dental	Colutorio clorhexidina 0,12% embarazada 500 ml. unidad (Oralgene)	MAVER		2911	873300	1029327	
6	50	Insumo Dental	Composite Universal A1	3M		11384	568700	677843	2350 XT
7	100	Insumo Dental	Composite Universal A2.3	3M		11384	1138400	1355885	2350 XT
8	50	Insumo Dental	Composite Universal A3	3M		11384	568700	677843	2350 XT
9	50	Insumo Dental	Composite Universal A3.5	3M		11384	568700	677843	2350 XT
10	100	Insumo Dental	Escobillas Profilacticas Mediana	STODDARD		290	29000	29790	
17	50	Insumo Dental	Lima H Surtida 45-80	MAILLEFER		3433	171650	203683	
18	50	Insumo Dental	Oxido de Zinc	HERTZ		800	40000	47600	
19	500	Insumo Dental	Pasta dental adulto	COLGATE		440	220000	261900	
21	20	Insumo Dental	Radiografia Adulto	KODAK		11261	225220	268211,8	
22	10	Insumo Dental	Insertos Cavitron 25k BOBCAT	Dentsplay		40432	404320	491252,7	
31	10	Insumo Dental	Liquido Revelador RX, AUTOMATICA	PERIOMAT		3624	36240	43505,8	
32	10	Insumo Dental	Liquido Fijador RX, AUTOMATICA	PERIOMAT		3624	36240	43505,8	
							Valor Total Neto	\$ 4.943.880	
							IVA	\$ 527.837	
							VALOR TOTAL IVA INCL	\$ 5.471.717	

Andrea Taquias Alfaro

De: Eduardo Rojas [eduardorojasp@gmail.com]
Enviado el: jueves, 26 de marzo de 2015 8:46
Para: Rubén Bravo; Andrea Taquias Alfaro
Asunto: Fwd: Solicito OC
Datos adjuntos: 1 COTIZACION MAYORDENT.xls; 2 COTIZACION CLANDENT.xls; 3 COTIZACION EXPRESSDENT.xls; 4 COTIZACION EXPRESSDENT.xls

Estimados, junto con saludarlos, solicito favor de gestionar Ordenes de Compra para los insumos odontológicos que se detallan en cotizaciones adjuntas. Las compras deben cargarse a los programas señalados a continuación:

Cotizaciones

1 Mayordent Programa Odontologico Ges

2 Cladent Programa Odontologico Ges

3 ExpressDent Programa Odontologico Ges

4 ExpressDent Programa Odontologico Preventivo

De antemano muchas gracias. Saludos

--

Dr. Eduardo Rojas Pérez
Coordinador Dental Comunal
La Serena.

--

Dr. Eduardo Rojas Pérez
Coordinador Dental Comunal
La Serena.