

ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Antes del llenado del presente formato deberá revisar las bases y contrato de la prestación, u orden de servicio/compra y TDR/ET.

1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA
IPC CENTRO DE SALUD INTEGRAL S.A.

2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO
4600009607-2021

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Evaluaciones médico ocupacionales

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/587.05

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/01/2022 al 31/01/2022

6. ENTREGABLES

6.1 Entregables Sujetos a Pago. ¿Se recibieron conformes en el período declarado?

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

No Aplica	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

6.2 Entregables No Sujetos a Pago ¿Se recibieron conformes en el período declarado?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

No Aplica	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------

7. DETALLAR ENTREGABLES
Reporte de evaluación médica ocupacional

8. PENALIDAD

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------------

Motivo	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

9. OBSERVACIONES

10. CONFORMIDAD
Por medio del presente documento, se otorga la conformidad de la prestación, dando cumplimiento a lo estipulado en el art. 168° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, y en el caso de contrataciones bajo supuestos no aplicables a Ley de Contrataciones se da cumplimiento de acuerdo a los términos de referencia/especificaciones técnicas de la presente contratación.

11.Firma

SubGerente

12.Fecha de firma

Fecha: 17/02/2022

IMPORTANTE:
De acuerdo con lo establecido en el artículo 173° del RLCE, la recepción conforme por parte de COFIDE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por vicios ocultos.