

**ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE PRESTACIONES**

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

<b>1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA</b>
CENTRO MEDICO SANTA ADELA S.A.C.

<b>2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO</b>
044-2020

<b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>
PRUEBAS SEROLOGICAS PARA IDENTIFICACIÓN DE COVID-19

<b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b>
S/6,489.98

<b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b>
01/02/2021 AL 28/02/20201

<b>6. ENTREGABLES</b>
-----------------------

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

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

No Aplica

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

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

No Aplica

<b>7. DETALLAR ENTREGABLES</b>
Reporte de pruebas serológicas aplicadas durante el mes de FEBRERO 2021 (Enviado el 02 de marzo del 2021)

<b>8. PENALIDAD</b>
---------------------

Sí

No

Motivo

<b>9. OBSERVACIONES</b>

<b>10. CONFORMIDAD</b>
Por medio del presente documento, se otorga la conformidad de la prestación, dando cumplimiento a lo estipulado en el artículo 143° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado

Gerente del Área Usuaría

Fecha: 03/03/2021

**IMPORTANTE:**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 146° del RLCE, la recepción conforme por parte de COFIDE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por vicios ocultos.