

**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.

<b>1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA</b>
SALINT SALUD S.A.C.

<b>2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO</b>
4600009271-2020

<b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>
SERVICIO DE AUDITORIA MEDICA DEL PROCESO DEDESCANSO MEDICO

<b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b>
S/350.00

<b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b>
Del 12/12/2020 Al 27/12/2020 / Fecha de entregable: 27/12/2020

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

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

Si   
No

No Aplica

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

Si   
No

No Aplica

<b>7. DETALLAR ENTREGABLES</b>
Informe Confidencial

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

Si

No

Motivo

<b>9. OBSERVACIONES</b>
Información confidencial

<b>10. CONFORMIDAD</b>
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

12. Fecha de firma

*[Handwritten Signature]*  
Gerente/SubGerente

GARY LUJAN DIONICIO

Fecha: 28/12/2020



**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.