

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
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTEGRAL S.A.C.

2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO
4600009376-2021

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Pago servicio de ambulancia

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/2,360.00

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 29/03/2021 al 28/03/2022

6. ENTREGABLES

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

Sí	☐
No	☐

No Aplica ☐

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

Sí	☐
No	☐

No Aplica ☒

7. DETALLAR ENTREGABLES
No aplica.

8. PENALIDAD

Sí ☐

No ☒

Motivo

9. OBSERVACIONES
Factura N° F001-00008820

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

Gerente/SubGerente

12. Fecha de firma

Fecha: 26/03/2021

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.