

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.

1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA
Oncosalud S.A.C.

2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO
N° 052-2019

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Programa oncológico

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/33,065.10

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/01/2020 al 31/01/2020

6. ENTREGABLES

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

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

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

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

No Aplica

7. DETALLAR ENTREGABLES

8. PENALIDAD

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Motivo	Ejemplo: Retraso injustificado
----	--------------------------	----	-------------------------------------	--------	--------------------------------

9. OBSERVACIONES
Se adjunta listado de afiliados.

10. CONFORMIDAD
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 Usuaria

Fecha: 10/02/2020



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.

Ref. Pedido:	46-8951	
Fecha Certificación:	31 / 01 / 20	
Plazo de Pago:	14 / 08 / 20	
Penalidad:	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retención PYME:	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pago Anticipado:	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

