

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/VET.

1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTEGRAL S.AC.

2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO
4600008977-2020

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Pago servicio de ambulancia

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/1,900.00

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 14/02/2020 al 31/12/2020

6. ENTREGABLES

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

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

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

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

7. DETALLAR ENTREGABLES

8. PENALIDAD

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

9. OBSERVACIONES
Factura F001-00005757

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 Area Usuaría
 Fecha: 24/02/2020



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.

Nº Pedido:	<u>46-8977</u>
Fecha Certificación:	<u>24/02/2020</u>
Plazo de Pago:	<u>28/02/2020</u>
Penalidad:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Retención PYME:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Pago Anticipado:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No



24-02-2020