

**ACTA DE CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN DE BIENES O SERVICIOS**

ADC N° .....

**OBJETO**

Pago de seguro médico de practicantes

**CONTRATISTA**

RIMAC Seguros y Reaseguros

**N° DE CONTRATO o N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO**

012-2017

**PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO / FECHA DE ENTREGA DE LOS BIENES**

Vigencia del 20/05/2018 al 19/06/2018

**MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)**

S/. 809.46

**OBSERVACIONES**

Se recibe liquidación 21/06/2018

**CONFORMIDAD**

Es conforme



Gerencia de Gestión Humana y Administración  
MÓNICA LAPISA  
Departamento de Gestión Humana

FECHA  
22/06/2018