

**ACTA DE CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN DE BIENES O SERVICIOS**ADC N° 069.-2016/66HA**OBJETO**

Póliza seguro médico practicantes

**CONTRATISTA**

MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

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

Contrato N° 012-2016

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

Del 03.10.2016 al 03.11.2016

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

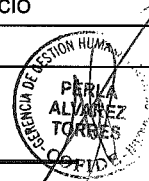
S/. 2,163.44

**OBSERVACIONES****CONFORMIDAD**

Se da conformidad al servicio



B° del Usuario



FECHA

03/11/2016