# CONFORMIDAD DE RECEPCION DE SERVICIO DBS N° 033/ 2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA** | **SANTA CLARA – MEDICINA PREPAGA** | | |
| **DESCRIPCION DEL LLAMADO** | **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 14/2020 – PARA LA CONTRATACION DEL SERVICIO MÉDICO PARA EL BCP** | | |
| **CONTRATO N°** | 08/2020 | FECHA: | 31/07/2020 |
| **VIGENCIA DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA** | 12 meses contados a partir de la Orden de Inicio | | |
| **PLAZO O PERIODO DE PRESTACIÓN** | 12 meses contados a partir del 01/08/2020 | | |
| **NÚMERO/S DE FACTURA/S Y FECHA/S** | 001-009-0010141 - 30/10/2020<br>001-009-0010142 - 30/10/2020 | | |
| **PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO** | Mes de octubre 2020 | | |

**DETALLE DEL/LOS SERVICIO/S**

| Lote/Item | Descripción del Servicio | Cantidad | Precio Unitario | Precio Total IVA INCL. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SERVICIO MÉDICO – Funcionarios permanentes | 803 | 1.000.000 | 803.000.000 |
| 2 | SERVICIO MÉDICO Funcionarios contratados | 2 | 1.000.000 | 2.000.000 |

El servicio citado ha sido, prestado dentro del plazo previsto y a entera satisfacción de esta área técnica administradora del Contrato, conforme a lo establecido en las especificaciones técnicas y en las demás condiciones del llamado.

| | |
|---|---|
| **ATRASO** (marcar con una X) | SI: ___ NO:__X__ Cantidad total de días de atraso: |
| **INCUMPLIMIENTO** (marcar con una X) | SI: ___ NO:__X__ Cantidad total de incumplimientos |

ELIZABETH MARIA LETICIA BOGADO YUBI
Firmado digitalmente por ELIZABETH MARIA LETICIA BOGADO YUBI
Fecha: 2020.11.09 09:03:45 -03'00'

**Leticia Bogado**
Directora
Departamento Desarrollo Humano

SONIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ
Firmado digitalmente por SONIA ISABEL GOMEZ GONZALEZ
Fecha: 2020.11.09 09:09:48 -03'00'

**Sonia Gómez**
Gerente
Gerencia de Recursos Humanos