**SUB DIRECCION (según corresponda)**

**DEPTO. (según corresponda)**

**UNIDAD (según corresponda)**

**ACTA DE RECEPCIÓN SERVICIO N.°**

**Santa Cruz**, Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

A través del presente certifico que se ha recibido conforme el siguiente servicio**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio Recibido:****(descripción de Servicio Recibido)** |  |
| **Código Plan Anual de Compras (PAC):** |  |
| **Proveedor:** |  |
| **Mes en que se realizó servicio:** |  |
| **Número de Orden de Compra:** |  |
| **Tipo de Servicio:** |  |
| **Contrato vigente:** |  |
| **Observaciones:** |  |

Sin otro particular le saluda cordialmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre**

Cargo / Departamento

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

DISTRIBUCIÓN:

1. “Según corresponda”
2. Archivo