

	INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO FILCM003 VERSIÓN 6
---	---	--

(Uso sólo por excepción)

DATOS DEL SERVICIO:

DESCRIPCIÓN:	
LUGAR DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO:	
CODIGO EBS:	NRO. ORDEN DE SERVICIO:
FECHA DE INICIO:	FECHA CULMINACIÓN:

DATOS DEL AREA RECEPTORA:

RESPONSABLE:
CARGO:
AREA:
JEFATURA /GERENCIA:
FECHA DEL INFORME:

DATOS DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR:
RUC:
RESPONSABLE:
CARGO:



EVALUACIÓN DEL SERVICIO

1.-¿El proveedor cumplió con el cronograma establecido?

SI () NO ()

Especificar:

.....
.....
.....
.....

2.-EJECUCIÓN DEL SERVICIO:

¿Se cumplió con las especificaciones técnicas entregadas al proveedor?

SI () NO ()

Especificar:

.....
.....
.....
.....

3.-PERSONAL DEL PROVEEDOR:

¿El personal asignado por el proveedor para la ejecución del servicio fue el idóneo?

SI () NO ()

Especificar :

.....
.....
.....
.....

4.-DETALLE OCURRENCIAS Y OBSERVACIONES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

	INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO FILCM003 VERSIÓN 6
---	---	--

5.-¿Se presentó algún problema culminado el servicio?

SI () NO ()

Especificar:

.....
.....
.....
.....

6.-El proveedor ha respetado la Garantía correspondiente?

SI () NO ()

Especificar:

.....
.....
.....
.....

Area Usuaría Nombre: Fecha	Compras Nombre: Fecha
---	--

NOTA AL USUARIO:

Enviar al área de compras una vez llenado.

