

### ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Antes del llenado del presente formato deberá revisar las bases y contrato de la prestación, u orden de servicio/compra y TDR/ET.

CONFORMIDAD A LA CULMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN

PAGO ANTICIPADO

#### 1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA

MAPFRE PERU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

#### 2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO

O/S 4600010073 - 2022

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO

Plan de salud - Plan Padres (Potestativo)

#### 4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)

S/ 620.14

#### 5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES

Del 01/07/2023 al 31/07/2023 / Fecha de entregable: 17/07/2023

#### 6. ENTREGABLES

6.1 Entregables Sujetos a Pago. ¿Se recibieron conformes en el período declarado?

Sí

No

No Aplica

6.2 Entregables No Sujetos a Pago ¿Se recibieron conformes en el período declarado?

Sí

No

No Aplica

#### 7. DETALLAR ENTREGABLES

Composición grupal conforme

#### 8. PENALIDAD

Sí

No

Motivo

#### 9. OBSERVACIONES

La cobertura corresponde a 01 asegurado

#### 10. CONFORMIDAD

Por medio del presente documento, se otorga la conformidad de la prestación, dando cumplimiento a lo estipulado en el art. 168°

del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, y en el caso de contrataciones bajo supuestos no aplicables a Ley de

Contrataciones se da cumplimiento de acuerdo a los términos de referencia/especificaciones técnicas de la presente contratación.

11. Firma

Gerente/SubGerente

12. Fecha de firma

Fecha: 24/07/2023

IMPORTANTE:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 173° del RLCE, la recepción conforme por parte de COFIDE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por vicios ocultos.