

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 S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

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

O/S 4600010073 - 2022

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO

Plan de Salud - Plan AD1 (Regulares)

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

S/991.83

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES

Del 01/12/2022 Al 31/12/2022 / Fecha de entregable: 04/01/2023

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

Nota de débito aplicada a la factura F002-000068589 por movimiento retroactivo

8. PENALIDAD

Sí

No

Motivo

9. OBSERVACIONES

Nota de débito N°F002-00002866 aplicada por movimiento retroactivo (inclusión), Colaborador Maldonado Fernandez Eduardo y sus derechohabientes.

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: 05/01/2023

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.