

ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

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

1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA
Mapfre Perú S.A. Entidad Prestadora de Salud S.A.

2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO
O/S 4600009616 - 2021

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Plan de salud - Plan AD1 Hijos > 18 años (Regulares)

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/14,558.88

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/07/2022 al 31/07/2022

6. ENTREGABLES

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

Sí ☒ x
No ☐

No Aplica ☐

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

Sí ☐
No ☐

No Aplica ☒ x

7. DETALLAR ENTREGABLES
Composición grupal conforme enviada el 21/07/2022

8. PENALIDAD

Sí ☐

No ☒ X

Motivo ☐

9. OBSERVACIONES
La cobertura corresponde a 81 asegurados

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

12. Fecha de firma


Sub Gerente

Fecha: 22/07/2022

IMPORTANTE:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 146° del RLCE, la recepción conforme por parte de COFIDE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por vicios ocultos.

