

**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.

<b>1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA</b>
Mapfre Perú S.A. Entidad Prestadora de Salud S.A.

<b>2. N° DE CONTRATO / N° DE ORDEN DE COMPRA/SERVICIO</b>
O/S 4600010073 - 2022

<b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>
Plan de salud - Plan Padres (Regulares)

<b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b>
S/11,782.66

<b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b>
Del 01/11/2022 al 30/11/2022

<b>6. ENTREGABLES</b>
-----------------------

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

<b>7. DETALLAR ENTREGABLES</b>
Composición grupal conforme enviada el 18/11/2022

<b>8. PENALIDAD</b>
---------------------

Sí

No  X

Motivo

<b>9. OBSERVACIONES</b>
La cobertura corresponde a 19 asegurados

<b>10. CONFORMIDAD</b>
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

SubGerente

12. Fecha de firma

Fecha: 28/11/2022

**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.