

**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 &gt; 18 años (Regulares)

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

S/14,862.19

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

Del 01/11/2021 al 30/11/2021

**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 enviada el 19/11/2021

**8. PENALIDAD**

Sí

No

Motivo

**9. OBSERVACIONES****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****SubGerente****12. Fecha de firma****Fecha: 22/11/2021****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.