

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 PT (Potestativos)

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/303.31

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/03/2022 al 31/03/2022

6. ENTREGABLES

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

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

No Aplica

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

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

No Aplica

7. DETALLAR ENTREGABLES
Composición grupal conforme enviada el 15/03/2022

8. PENALIDAD

Sí	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	-------------------------------------

Motivo	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

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: 18/03/2022

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.