

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 4600008786

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO
Plan de salud- Plan AD1 PT (Potestativos)

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/2,409.63

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/06/2020 al 30/06/2020

6. ENTREGABLES

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

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

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

Si	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>		

7. DETALLAR ENTREGABLES
Composición grupal conforme.

8. PENALIDAD

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Motivo	<i>Ejemplo: Retraso injustificado</i>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	--------	---------------------------------------

9. OBSERVACIONES

10. CONFORMIDAD
Por medio del presente documento, se otorga la conformidad de la prestación, dando cumplimiento a lo estipulado en el artículo 143° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado




 Gerente del Área Usuaria
 Fecha: 23/06/2020



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.