

**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 4600008786

<b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>
Plan de salud- Plan AD1 (Regulares)

<b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b>
S/903.61

<b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b>
Del 01/03/2020 al 31/03/2020

**6. ENTREGABLES**

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

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

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

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

<b>7. DETALLAR ENTREGABLES</b>
Composición grupal conforme.

**8. PENALIDAD**

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Motivo	<input type="text" value="Ejemplo: Retraso injustificado"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	--------	---

<b>9. OBSERVACIONES</b>
Se adjunta Nota de Débito N° F002-00000736 por inclusión de Jesús Flores Ballena y dependientes

<b>10. CONFORMIDAD</b>
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: 25/03/2020

**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.