

### 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 4600009213 - 2020                                     |

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

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b> |
| S/3,719.88                                                |

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| <b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b> |
| Del 01/12/2020 al 31/12/2020                                        |

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

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

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

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

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

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

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

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

|                         |
|-------------------------|
| <b>9. OBSERVACIONES</b> |
|                         |

|                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 |



*[Firma]*  
Gerente del Área Usuraria  
Fecha: 28/12/2020



**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.