

ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE PRESTACIONES

Antes del llenado del presente formato deberá 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 4600009213 - 2020

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

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/286.14

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/04/2021 Al 30/04/2021 / Fecha de entregable: 24/04/2021

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
NOTA DE DEBITO APLICADA A LA FACTURA F002-00035271 POR MOVIMIENTO RETROACTIVO

8. PENALIDAD

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

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

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

9. OBSERVACIONES
Inclusión de colaboradora Karina Herrera Cáceres

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

Gerente/SubGerente

12.Fecha de firma

Fecha: 26/04/2021

IMPORTANTE:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 173° del RLCE, la recepción conforme por parte de COFIDE no enerva su derecho a reclamar posteriormente por vicios ocultos.