

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 AD1 PT

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/1,144.58

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/02/2021 al 28/02/2021 / Fecha de entregable: 25/02/2021

6. ENTREGABLES

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

Sí	☐
No	☐

No Aplica ☐

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

Sí	☐
No	☐

No Aplica ☐

7. DETALLAR ENTREGABLES
Composición grupal conforme.

8. PENALIDAD

Sí ☐

No ☒

Motivo

9. OBSERVACIONES
Nota de Débito F00200001377 por inclusión del asegurado Omar Elguera en el mes de febrero.

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: 12/03/2021

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.