

**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 4600009213 - 2020

**3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO**

Plan de salud- Plan Padres (Regulares)

**4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)**

S/12,344.79

**5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES**

Del 01/03/2021 al 31/03/2021

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

Sí

No

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

Sí

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

No

No Aplica

**7. DETALLAR ENTREGABLES**

Composición grupal conforme.

**8. PENALIDAD**

Sí

No

Motivo

*Ejemplo: Retraso injustificado***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 Usuaría

Fecha: 29/03/2021

**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.