

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 4600008786

3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO

Plan de salud- Plan AD1 (Regulares)

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

S/124,698.25

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES

Del 01/05/2020 al 31/05/2020

6. ENTREGABLES

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

Sí

X

No

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

X

Motivo

Ejemplo: Retraso injustificado

9. OBSERVACIONES

Se adjunta Pre Factura.

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 Usuaria

Fecha: 31/05/2020

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.