

**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 4600008786  |

|   |
|---|
| <b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>             |
| Plan de salud- Plan AD1 PT Hijos > 18 años (Potestativos) |

|   |
|---|
| <b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b> |
| S/301.21  |

|   |
|---|
| <b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b> |
| Del 01/10/2020 al 31/10/2020  |

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

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

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

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

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

No Aplica

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Gerente del Área Usuaría

Fecha: 29/10/2020

**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.