

FOO 2 - 00012708



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 PT Hijos > 18 años (Potestativos)

4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)
S/301.21

5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES
Del 01/02/2020 al 29/02/2020

6. ENTREGABLES

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

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

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

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No Aplica	<input type="checkbox"/>

7. DETALLAR ENTREGABLES
Composición grupal conforme.

8. PENALIDAD

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	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: 24/02/2020



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.

N° Pedido:	46-8786
Fecha Certificación:	27/02/2020
Plazo de Pago:	06/03/2020
Penalidad:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Retención PYME:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pago Anticipado:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

