

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/122,891.04 |

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

| |
|-----------------------|
| 6. ENTREGABLES |
|-----------------------|

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

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

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

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

| |
|--------------------------------|
| 7. DETALLAR ENTREGABLES |
| Composición grupal conforme. |

| |
|---------------------|
| 8. PENALIDAD |
|---------------------|

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

| | |
|----------------------|--|
| N° Pedido: | 46 - 2786 |
| Fecha Certificación: | 29/01/2020 |
| Plazo de Pago: | / / |
| 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 |




 DEISY SAMEZ
 Gerente del Área Usuaría
 Fecha: 28/01/2020



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.

| | | |
|-----|-----|----------------------|
| NO | SI | Pago Anticipado: |
| NO | SI | Retención PYME: |
| NO | SI | Penalidad: |
| / / | / / | Plazo de Pago: |
| / / | / / | Fecha Certificación: |



2020-01-29