

F002-00012704



**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 01/02/2020 al 29/02/2020

**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

N° Pedido: 46-8786  
Fecha Certificación: 26/02/2020  
Plazo de Pago: 06/03/2020  
Penalidad:  SI  NO  
Retención PYME:  SI  NO  
Pago Anticipado:  SI  NO



Gerente del Área Usuaria

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.