

**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 4600008217

<b>3. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>
Plan de salud- Plan Padres (Regulares)

<b>4. MONTO EJECUTADO INC. IGV (expresado en números)</b>
S/. 12,885.60

<b>5. PERIODO EJECUCIÓN / FECHA RECEPCIÓN ENTREGABLES/ O BIENES</b>
Del 01/02/2019 al 28/02/2019

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

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"/>		

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


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

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Motivo	Ejemplo: Retraso injustificado
----	--------------------------	----	-------------------------------------	--------	--------------------------------

<b>9. OBSERVACIONES</b>
Se adjunta Pre Factura

<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 Usuaria  
 Fecha: 26 / 02 / 2019

**RECIBIDO**  
**27 FEB. 2019**  
 Hora: ..... Reg: .....

**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.