**Formulario N° 03 – Propuesta COI adicionales[[1]](#footnote-1)**

Empresa Calificada: ..................................................................................................

Bolsa: …………………………………………………………………………………………………………………...

1. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – NIVEL III:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ID/ Código único del Establecimiento de Salud** | **Nombre** | **Región** | **Departamento** | **Provincia** | **Distrito** | **Año de Ejecución 1**(\*) | **Año de Ejecución 2**(\*) | **Puntaje** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PUNTAJE TOTAL** | | | | | | | | |  |

1. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS A UNIVERSIDADES NACIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Universidad** | **Región** | **Departamento** | **Provincia** | **Año de Ejecución 1**(\*) | **Año de Ejecución 2**(\*) | **Puntaje** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PUNTAJE TOTAL** | | | | | | |  |

1. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS A INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ID/ Código del Local** | **Nombre de la Institución Educativa** | **Región** | **Departamento** | **Provincia** | **Distrito** | **Año de Ejecución 1** (\*) | **Año de Ejecución 2**(\*) | **Puntaje** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PUNTAJE TOTAL** | | | | | | | | |  |

1. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LAS SEDES DE LOS PANAMERICANOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ID/ Sede de Panamericano** | **Provincia** | **Distrito** | **PUNTAJE TOTAL** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |



1. **PUNTAJE TOTAL PARA COI ADICIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PUNTAJE TOTAL\*\*** | **A+B+C+D** |  |

(\*) Años de ejecución contados desde la Fecha Efectiva.

(\*\*) Se presenta puntaje total hasta dos decimales.

Lugar y fecha: ..............., .....de .................. de 20...

Empresa Calificada .........................................................

1. Para el llenado del presente Formulario, ver referencia del archivo denominado: “Ejemplo del llenado del formulario N° 03” [↑](#footnote-ref-1)