**FORMULARIO DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN TÉCNICA DE GASTOS DE NO CONSULTORÍA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Código del Estudio: | |  | | |
| Nombre del Estudio: |  | | | |
|  | | | | |
| Servicio de Consultoría/No Consultoría: | | | |  |
|  | | |  | |
|  | | |  | |

# REVISIÓN DE LA OBRA DE CONSULTORÍA/NO CONSULTORÍA

A partir de la documentación presentada, y teniendo en cuenta los TDR del Estudio, se concluye lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item** | Servicios de consultoría/ no consultoría | **Comentario** |
| **I** |  |  |
| **II** |  |  |

# RESULTADO DE LA EVALUACIÓN (\*)

Conforme la revisión y evaluación que antecede, quien suscribe, en carácter de Coordinador del Estudio, comunica al Representante Técnico de la Entidad Beneficiaria su aprobación al servicio de consultoría/no consultoría

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma |  | Aclaración |  | Fecha |

# RATIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

Conforme la revisión, evaluación y aprobación que anteceden, quien suscribe, en carácter de Representante Técnico de la Entidad Beneficiaria, ratifica la evaluación del Coordinador del Estudio y APRUEBA el servicio de consultoría/no consultoría mencionado en el epígrafe.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma |  | Aclaración |  | Fecha |

# CONFORME DINAPREM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma |  | Aclaración |  | Fecha |