



Libertad y Orden

TIPO DE DOCUMENTO:	FORMATO	CODIGO: GC-FO-53
NOMBRE:	GESTIÓN CONTRACTUAL / PLIEGO DE CONDICIONES LICITACIÓN PÚBLICA	VERSION: 1
RESPONSABILIDAD POR APLICACIÓN:	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE LICITACIONES Y CONTRATOS	Página 1 de 1

ANEXO

ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE PAGO DE PRIMAS – PÓLIZA DE SALUD.

ENTIDAD QUE CERTIFICA: _____

NIT No. _____

OFERENTE CERTIFICADO: _____

Nota: En caso de tratarse de certificaciones en las cuales el proponente haya participado o esté participando en Unión temporal o Consorcio, deberá indicar el porcentaje de participación respectivo. De lo contrario, no se tomará en cuenta la certificación.

OBJETO: (Especificar tipo de seguro contratado)

COBERTURA MUNDIAL: SI ____ NO ____

NUMERO DE PERSONAS AMPARADAS (En el exterior): _____

FECHA DE SUSCRIPCIÓN O INICIO: _____ de _____ de _____

FECHA DE TERMINACION: _____ de _____ de _____

VALOR PRIMAS PAGADAS: \$ _____

CALIFICACION RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO _____ (Excelente, Bueno, Regular o malo)

(Firma y Cargo de la persona que certifica)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Elaboró: Carolina Cruz Molina

FV: 01/10/15