ANEXO No. 10

RESUMEN DE LOS CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA

El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad, anexando las certificaciones correspondientes a cada contrato relacionado. En caso de requerirlo, imprima hojas adicionales.

La información inconsistente no será tenida en cuenta, en todo caso primará la contenida en las Certificaciones.

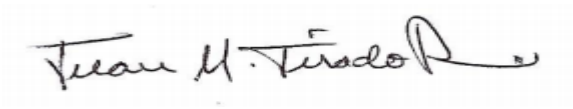
NOMBRE PROPONENTE: **SURGYMAX ODONTOLOGICA S.A.S**
CÉDULA O NIT. **901.139.897-6**

REFERENCIA	**CERTIFICADO 1**	**CERTIFICADO 2**	**CERTIFICADO 3**
No. del contrato, orden de compra o de prestación de servicios	EV003622		
Nombre del contratante	COMFACOR		
Nombre del contratista	SURGYMAX		
Objeto del contrato	Servicios de mediana complejidad en odontología especializada		
Valor del contrato	192.096.501		
Fecha inicial del contrato	02-01-2018		
Fecha final del contrato	31-12-2018		
Porcentaje de ejecución	80%		
Cumplimiento del contrato	☐ SI _____ NO _____	☐ SI _____ NO _____	☐ SI _____ NO _____
Fecha de la certificación			
% de participación si fue ejecutado a través de alguna forma de asociación.			

OBSERVACION: Si el contrato incluye varios objetos deberá discriminar el correspondiente a la experiencia relacionada con el objeto del presente proceso.

Atentamente,

NOMBRE DEL PROPONENTE: **SURGYMAX ODONTOLOGICA S.A.S**
NIT O C.C: **901.139.897-6**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: JUAN MANUEL TIRADO ROMAN
C.C: **EXPEDIDA:** **11.000.247 DE MONTERIA**
DIRECCIÓN: **CRA 6 No. 62B32 LC 518 ED. 6ª AVENIDA**
TELEFONO: **3003965639**
EMAIL: **Jtirador70@hotmail.com**



_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL