FORMAULARIO

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – POLICIA METROPOLITANA DE IBAGUE - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Mínima Cuantía , Número PN METIB UPRES MIC 003 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE DOSIMETRÍA PERSONAL, CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPO DE RAYOS X PERIAPICAL Y CREACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ANUAL EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE ACUERDO AL ANEXO 5 DE LA RESOLUCIÓN 482 DEL 2018, DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL PRIMARIO EN LA ESCUELA NACIONAL DE OPERACIONES POLICIALES ESPRI BANOP.

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA								
CONSECUTIVO	**ENTIDAD CONTRATANTE**	**FECHA DE INICIO DD/MM/AA**	**FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA**	**MODALIDAD ***			**% PART**	**VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)**
				I	**UT**	**C**		
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00
TOTAL								00
*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**								

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal