PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA FNE-MC-007-2020

FORMATO No. 3

INFORMACIÓN EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

No.	Nombre Contratante	Nombre Contratista	Objeto contrato	Cumplimiento a satisfacción (S/N)	Tipo de experiencia EP - GN	Fecha Inicio (aaaa/mm/dd)	Fecha terminación (aaaa/mm/dd)	Duración (meses completos)	Valor del contrato	Proporción Participación (ejecución en UT o C*) UT-C	(%)	Duración	Valor ($)	No. de Folio en su propuesta
1	HOSPITAL SAN GABRIEL	ECO PLAGAS PUTUMAYO	MANEJO PLAGAS	SI	EP	09-03-2018	09-04-2018	01	$3.000.000					
2	HOSPITAL SAN GABRIEL	ECO PLAGAS PUTUMAYO	MANEJO PLAGAS	SI	EP	08-03-2019	08-08-2019	05	$5.000.000					
3														
Total tiempo experiencia								06	**Total valor participación**					

* Proporción de Participación: UT-Unión Temporal / C-Consorcio.

Tipo de experiencia: EP: Específica, GN: General

NOMBRE DEL PROPONENTE: ECO PLAGAS PUTUMAYO
IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE: NIT.1082127888-9
NOMRBE DE LA APODERADA LEGAL**:** VIVIANNE ANDREA CASTILLO ENRIQUEZ
IDENTIFICACION DE LA APODERADA **LEGAL:**C.C.1.127.074.804 de Villagarzón (Putumayo)
FIRMA DE LA APODERADA **LEGAL:** Andrea Castillo E.

El oferente acepta que **el FONDO** contacte al cliente para verificar la información contenida en el Certificado.