## FORMATO 3. EXPERIENCIA

El suscrito **SINDY YOANA ARIZA PUSHAINA** identificado(a) como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de representante legal de **LA ORGANIZACIÓN INDIGENA ANOUJUA NUMUIN MALEIWA** con NIT. **900722119-0**, me permito aportar como experiencia para la acreditación de capacidad técnica los siguientes contratos:

| No. consecutivo RUP | No. contrato | Contratante | Fecha de inicio | Fecha de terminación o cesión | Lugar(es) de ejecución |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 248 | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 19/12/2018 | 29/02/2020 | FONSECA, SAN JUAN, DISTRACCION |
| 16 | 169 | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 12/04/2019 | 23/12/2019 | DISTRACCION, BARRANCAS, HATONUEVO |
| 17 | 176 | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 25/03/2020 | 31/12/2020 | FONSECA, SAN JUAN, DISTRACCION |
| 18 | 178 | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 02/04/2020 | 30/12/2020 | FONSECA, SAN JUAN, DISTRACCION |
| 15 | 156 | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 06/03/2020 | 31/12/2020 | RIOHACHA |

Cordialmente,



**Nombre Representante Legal:** SINDY YOANA ARIZA PUSHAINA

**Identificación Representante Legal:** 1.121.043.784
**Razón social de la entidad:** ORGANIZACIÓN INDIGENA ANOUJUA NUMUIN MALEIWA
**NIT de la entidad:** 900722119-0
**Correo electrónico de la entidad:** anuma.org@gmail.com
**Teléfono de la entidad:** 3135726900