RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E

INOMBRE DE LA ENTIDADI

INÚMERO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓNI

No. de Orden	Número consecutivo del reporte del Contrato ejecutado en el RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]	CODIGOS UNSPC	EXPERIENCIA REQUERIDA [que cumple con este contrato (general y/o especifica)]	Entidad Contratante	Contrato o Resolución		CONTRATO EJECUTADO IDENTIFICADO CON EL CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS	FORMAS DE EJECUCIÓN		Integrante que aporta experiencia	Fecha de Iniciación [Dia-mes-año]	Fecha de Terminación [Dia-mes-año]	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV		VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV AFECTADO POR EL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
					No.	Objeto		I.C,UT, OTRA	%				VALOR TOTAL REPORTADO EN EL RUP [para personas naturales o jurídicas nacionales y extranjeras domiciliadas con sucursal en Colombia]	VALOR TOTAL DEL CONTRATO EN SMMLV de conformidad con el proceso de conversión de moneda establecido en los Pliego de Condiciones [para personas naturales o jurídicas sin domicilio o sucursal en Colombia]	
1			[Señalar si el Contrato aportado para acreditar lo exigido en la actividad principal acredita la "Experiencia General" o "Experiencia Especifica".]												
2															
3															
4															
5															

*EL FORMATO ES OPCIONAL, SE PUEDE PRESENTAR EN OTRO FORMATO QUE CONSTE TODA LA INFORMACION

NOTA: Toda la información suministrada por el Proponente deberá ser veraz y estará sujeta a verificación de acuerdo con lo estipulado en estos pliegos de condiciones.