



**FORMATO No. 2 EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL MANEJO DE PROGRAMA DE SEGUROS
– PRIMAS**

	ASEGURADO (CLIENTE)	PÓLIZAS CONTRATADAS	VIGENCIA DE LA PÓLIZA (FECHA INICIO Y FECHA FIN)	VALOR PRIMAS EMITIDAS SIN I.V.A.	FUNCIONARIO DEL CLIENTE QUE CONFIRMA LA INFORMACIÓN	TELÉFONO
1						
2						
3						

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE

