

### ANEXO No. 3

#### EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

PROponente: \_\_\_\_\_

NO.	NÚMERO DEL CONTRATO Y ENTIDAD CONTRATANTE	OBJETO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO O SUSCRIPCIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	% DE PARTICIPACIÓN	VALOR TOTAL DEL CONTRATO, INCLUYENDO ADICIONALES Y AJUSTES EN SMMLV	TOTAL SMM LV

Declaro que la información aquí consignada es veraz y autorizo al CONSORCIO FONDO NACIONAL EN SALUD para que verifique dicha información.

Si el objeto del contrato consignado en el presente cuadro no permite identificar si corresponde a lo solicitado en el presente pliego de condiciones, dicho contrato no será tenido en cuenta para efectos de evaluación y calificación.

**NOTA: El proponente manifiesta bajo la gravedad de juramento que los soportes adjuntos y que corresponden a la experiencia del proponente, así como la información aquí consignada es verídica y corresponde con la realidad.**

NOTA: Diligenciar este formulario además en el cd anexo a la propuesta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL PROPONENTE

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: