**FORMULARIO 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Licitación Pública:** | Servicio de Guardias de Seguridad para los Servicios de Atención Primaria de Salud de Urgencia del Departamento de Salud Municipal. |
| **Comuna:** | Iquique. |
| **Financiamiento:** |  |

**I.- EXPERIENCIA DEL OFERENTE.**

**Razón Social o Nombre del Proveedor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**R.U.T.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Inicio del Servicio** | **Fecha de Término del Servicio** | **Nombre del Contrato** | **Mandante** | **Mail y Fono de Contacto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sólo se considerarán para efectos de evaluación aquellos servicios ejecutados contratos superiores a 1 año.

a través de cada una de las experiencias aquí declaradas deberá ser acreditada mediante la presentación de certificados emitidos por el mandante del servicio a nombre del oferente, los cuales deberán indicar:

- nombre u/y objeto del contrato.

- vigencia: fecha de inicio y término.

- institución mandante.

- nombre, firma y contacto (fono y/o email) del funcionario que lo suscribe, debidamente timbrado.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Representante Legal**

Iquique, \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_ del 2.023