**FORMATO No. 04**

**CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA EN PROGRAMAS DE SEGUROS**

Razón Social de Entidad Asegurada **(1)**

CERTIFICA:

Que nuestra entidad ha estado vinculada con \_\_\_\_\_\_\_**(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** mediante la contratación de pólizas de seguros de Responsabilidad Civil Servidores Públicos, cuya información se confirma a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numero de consecutivo del reporte del contrato ejecutado en el RUP**(3)** | Fecha de Inicio**(4)** | Fecha en que Vence**(5)** | % en que Participa el Proponente**(6)** | Valor ($Col) Asegurado Total(Valor 100%)**(7)** | Valor ($Col) Prima Anual (Únicamente su Participación)**(8)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre del funcionario autorizado que certifica: **(9)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono para verificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(10)**

Firma de quien certifica: **(11)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: **(12)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: **(13)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Razón Social Entidad Asegurada
2. Razón Social de la Aseguradora
3. No. de Registro del contrato en el RUP
4. Fecha de Inicio de Vigencia
5. Fecha de Fin de Vigencia
6. Porcentaje de Participación del Oferente
7. Valor Asegurado al 100%
8. Valor de las Primas sin IVA únicamente la participación del oferente
9. Nombre del funcionario autorizado por parte de la entidad asegurada
10. Numero de Teléfono de la Entidad para verificación
11. Firma del funcionario autorizado por parte de la entidad asegurada
12. Cargo del funcionario autorizado por parte de la entidad asegurada
13. Fecha de Expedición de la Certificación

FIRMA-----------------------------------------------------------

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_