****

**ANEXO Nº2 EXPERIENCIA**

**“SERVICIOS DE ADQUISICION Y APLICACIÓN DE MATA POLVO”**

**1.-** Experiencia para el servicio de **“servicios de adquisición y aplicación de mata polvo”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Experiencia en servicios similares** | | | | |
| Presenta Experiencia en Servicios similares | SI |  | NO |  |
| Numero de Facturas escaneadas \* |  | | | |

En palabras número de facturas escaneadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Presenta Archivo Adjunto con facturas escaneadas: Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL** |  | **FIRMA** |
|  |  |  |

- Junto a este anexo, se debe enviar, archivo digital de facturas escaneadas.

- sólo se considerarán facturas que tengan una antigüedad máxima de 2 años hacia atrás al momento de la apertura técnica

- El número de facturas informado en este anexo, debe coincidir con el archivo digital de facturas escaneadas.

- Solo se considerarán facturas escaneadas recibidas, en la evaluación.