**FORMATO 9 - EXPERIENCIA Y FORMACIÓN ACADÉMICA ADICIONAL DEL PERSONAL CLAVE EVALUABLE**

Señores

**FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A., como vocera y administradora del Fideicomiso OXI BOLIVAR II**

Calle 10 N°4-47 piso 20

Cali

**REFERENCIA:** Proceso de Contratación CONCURSO DE MERITOS 2-2023

Estimados señores,

"[Nombre del representante legal del Proponente]" en mi calidad de representante legal de "[Nombre del Proponente]" [o Nombre del Proponente - persona natural] manifiesto expresamente bajo la gravedad del juramento, el compromiso que [todos los integrantesque conforman el Personal Clave Evaluable: i) el Director de Interventoría o Administrador Vial o Gestor Vial, ii) el Residente de interventoría y iii) el Especialista Principal del proyecto] acreditan los siguientes criterios:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CRITERIO ADICIONAL | MARQUE CON UNA X | |
| Un (1) año de experiencia específica adicional a la definida en la “Matriz 4 – Lineamientos del Personal Clave Evaluable” | SÍ | NO |
| Acreditación de una (1) formación académica adicional | SÍ | NO |

Asimismo, con el diligenciamiento de este Formato me comprometo a presentar los soportes de la experiencia específica y la formación académica adicional de los integrantes del “Personal Clave Evaluable”, de acuerdo con lo señalado en el Pliego de Condiciones. En caso de que no aporte los soportes soy consciente de las multas o sanciones penales que se pueden imponer por el incumplimiento de esta obligación contractual que asumo.

Atentamente,

Nombre del Proponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[Firma del Proponente o de su representante legal]