ANEXO 8

EXPERIENCIA DEL INTERESADO

No	Contratante (1)	Contratista (1)	Contrato (1)		Forma de Ejecución (2)		Plazo de ejecución	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Valor total del contrato (3)	Numero consecutivo RUP (4)
			No	Objeto	I,C,UT	%	En meses	(DD/MM/AA)	(DD/MM/AA)		
1	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	SUPLESALUD SAS	008-2016	SUMINISTROS DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	I		2 MESES	01/07/2015	31/08/2016	20.060.000	
2	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	SUPLESAUL SAS	013-2016	SUMINISTROS DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS	I		23 MESE Y 4 DIAS	28/01/2015	15/12/2017	517.500.000	
3	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	SUPLESALUD SAS	230-2019	SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED	I			22/05/2019	30/11/2020	320.000.000	
4	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	SUPLESALUD SAS	255-2020	SUMINISTRO INTEGRAL DE TERAPIA PRESION NEGATIVA PARA LAS UNIDADES DE LA SUBRED	I			04/12/2020	31/05/2021	100.000.000	
5											

(1) Para cada Contrato se debe indicar la razón social del contratante, el número y objeto y si se ha ejecutado en forma individual (I), Consorcio (C), Unión Temporal (UT) o bajo cualquier otra modalidad de asociación y el porcentaje de su participación.
(2) En el caso de Contratos suscritos en Consorcio, Unión Temporal, indicar únicamente el valor que corresponde según la participación.

(3) Los valores consignados deben expresarse solamente en pesos colombianos.
(4) Deberá indicarse el número consecutivo del RUP donde se evidencia el contrato que acredita como experiencia



Firma: _____
Nombre del Representante Legal PAULINA TAPIAS BOTERO
Nombre del Interesado: SUPLESALUD SAS
Nit del Interesado: 805.029.546-6