ANEXO No 7
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	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	MEDICOX LTDA	C825-2013	SUMINISTRO DE INSUMOS HOSPITALARIOS Y DE CIRUGIA	1	100%	12 MESES	16-06-2014	16-06-2015	$ 490,000,000	12
2	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.	MEDICOX LTDA	271-2019	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	1	100%	11 MESES	09-04-2019	15-02-2020	$ 364,494,372	42
3	FONDO NACIONAL DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES	MEDICOX LTDA	9677-MECOVID19-846-2020	ADQUISICIÓN DE CIRCUITOS DE VENTILACIÓN MECANICA	1	100%	1 MES	12-08-2020	30-08-2020	$ 314,400,000	45
4	SUBRED INTE. DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	MEDICOX LTDA	6166-2020	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O BIENES DE PROTECCIÓN	1	100%	1MES	18-08-2020	17-09-2020	$ 262,500,000	35
5	SUBRED INTE. DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	MEDICOX LTDA	095-2019	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICO	1	100%	12 MESES	13-05-2019	31-05-2020	$ 360,000,000	34

(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 numero consecutivo del RUP donde se evidencia el contrato que acredita como experiencia

Firma:	
Nombre del Representante Legal:	NELLY MORALES GONZALEZ
Nombre del Interesado:	MEDICOX LTDA
Nit del Interesado:	830.142.523-0