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	2018-0786-CON-2613-M1	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS			48	30/04/2018	30/04/2022	$ 4,500,000,000	53
2	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	MEDICOX	069-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS			8	23/03/2023	15/11/2023	$ 31,941,875	111
3	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	MEDICOX	02-BS-0283-2021	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS			8	31/01/2022	30/09/2022	$ 346,774,668	73
4											
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 numero consecutivo del RUP donde se evidencia el contrato que acredita como experiencia

Firma:	
Nombre del Representante Legal:	NELLY MORALES GONZALES CC 51829794
Nombre del Interesado:	MEDICOX LTDA
Nit del Interesado:	830142523-0