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	LC,UT	%	En meses	(DD/MM/AA)	(DD/MM/AA)		
1	MEDICOX LTDA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	8228-1011	SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRÚRGICOS CON APOYO TECNOLÓGICO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	1	100	3	27/12/2022	31/12/2022	$118.812.764.00	128
2	MEDICOX LTDA	EL SUSCRITO GERENCIA COMERCIAL DE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM.	01-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS	1	100	12	01/01/2023	31/12/2023	$ 3,195,505,959.00	112
3	MEDICOX LTDA	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	2018-0786-CON-2613-M1	SUMINISTRO DE INSUMOS MEDICO QUIRÚRGICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS	1	100	48	30/04/2028	30/04/2022	$ 4,500,000,000.00	53
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 Gonzalez
Nombre del Interesado:	MEDICOX LTDA
Nit del Interesado:	830.142.523-0