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	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	CLOSTER PHARMA SAS	412 DEL 2021	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRURJICO PARA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA SEDE BOGOTÁ	I	100	14	7/04/2021	30/06/2022	70,242,650	N/A
2	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E	CLOSTER PHARMA SAS	203 DEL 10 DE JUNIO DE 2021	SUMINISTRAR DISPOSITIVOS MEDICOS PARA TERAPIA DE PRESION NEGATIVA PARA HSLV	I	100	5	21/06/2021	22/11/2021	224,980,800	N/A
3	HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	CLOSTER PHARMA SAS	091 DE 2021	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRURGICO	I	100	8	26/02/2021	10/11/2021	615,000,000	N/A
4	SUB RED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E	CLOSTER PHARMA SAS	7504-2022	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRUGICOS (SISTEMA DE CIERRA DE HERIDAS POR PRESION)	I	100	1	15/06/2022	7/07/2022	51,000,000	NA
5	HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE	CLOSTER PHARMA SAS	453-2024	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL TRATATAMIENTO DE HERIDAS POR PRESION NEGATIVA PARA LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN LA ESE HOSPITAL DE SAN JOSE DEL GUAVIARE	I	100	1	21/03/2024	12/05/2025	30,000,000	N/A

(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:	JUAN CARLOS NORIEGA ESCOBEDO — Firmado digitalmente por JUAN CARLOS NORIEGA ESCOBEDO Fecha: 2026.02.27 10:01:47 -05'00'
Nombre del Representante Legal:	JUAN CARLOS NORIEGA ESCOBEDO
Nombre del Interesado:	CLOSTER PHARMA SAS
Nit del Interesado:	830.512.304-2