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,U	%	En meses	(DD/MM/AA)	(DD/MM/AA)		
1	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	UCIPHARMA SA	BYS-260-2022	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITVOS MEDICO-QUIRURGICOS	I	100	11	5/01/2023	15/12/2023	$ 800.000.000	172
2	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	UCIPHARMA SA	BYS-156-2023	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITVOS MEDICO-QUIRURGICOS	I	100	10	11/12/2023	30/09/2024	$ 26.000.000	173
3	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UCIPHARMA SA	414-2022	SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITVOS MEDICO-QUIRURGICOS	I	100	11	27/12/2022	15/11/2023	$ 529.761.500	171
4	HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	UCIPHARMA SA	20240112-003	SUMINISTRO DE INSUMOS	I	100	12	12/01/2024	31/12/2024	$ 175.000.000	175
5	HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO	UCIPHARMA SA	080 DE 2024	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	I	100	10	12/02/2024	8/12/2024	$ 1.387.600.000	176

(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:	MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA
Nombre del Interesado:	UCIPHARMA SA
Nit del Interesado:	830070192-6