|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATH02. CERTIFICACION DE EXPERIENCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INFORMACION DEL PROPONENTE** *Este numeral debe ser diligenciado por el proponente participante en la fase de HABILITACION TECNICA, deberá diligenciar la información solicitada de la persona del proponente que diligencia esta información, puede ser un cargo de responsabilidad de Contratos, Comercial, o cualquiera que tenga acceso a la información del cliente, solicitada en esta certificación.* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social: | | | | | Nombre de la Empresa *(Nombre o razón social del proponente que diligencia esta información y que está participando en el proceso de Habilitación Técnica)* | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos de la persona que diligencia esta certificación | | | | | Nombre del Colaborador *(Nombre del colaborador del proponente que diligencia esta información y que está participando en el proceso de Habilitación Técnica)* | | | | | | | | | | | |
| Cargo de la persona que diligencia esta certificación | | | | | Cargo del Colaborador *(Nombre del cargo del colaborador del proponente que diligencia esta información y que está participando en el proceso de Habilitación Técnica)* | | | | | | | | | | | |
| Dirección de la Empresa o Entidad | | | | | Dirección de la Empresa (*Dirección de la Empresa del proponente que diligencia esta información y que está participando en el proceso de Habilitación Técnica)* | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | Bogotá D.C. | | Teléfono: | | (601) 3077001 Ext. 1234 | | | Correo Electrónico | | laura.rincon@XXXXXX.com | | | | | | |
| 1. **INFORMACION DEL CLIENTE Y DESCRIPCION DEL CONTRATO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Contrato / Orden de Servicios | | | | | *Coloque por favor en este campo el número del contrato/orden de servicios suscrito entre el proponente y el cliente)* | | | | | | | | NIT | | *Coloque por favor en este campo el número del NIT del Cliente* | |
| Nombre del Cliente con quien se suscribe el contrato | | | | | *(Coloque por favor en este campo el nombre o razón social de la empresa con la que se suscribió el contrato)* | | | | | | | | | | | |
| Objeto del contrato | | Sector de la empresa  Ciudad de ubicación del cliente, dirección y teléfono  Objeto General del contrato suscrito con el cliente  Nombre de los servicios prestados con sus respectivos alcances clave en operación (Específicos de Administración de bases de datos)  Información general de alto nivel de los Servicios contratados (Específicos de Administración de bases de datos)  Número Servidores, instancias, tipos de motor y bases de datos administradas  Procesos de ITIL que apoya la operación contratada.  *Nota: Cualquier información que actualmente no pueda ser suministrada debido a confidencialidad de la información debe ser informada*  *Los campos de duración del contrato, fecha de Inicio y Fecha de Finalización son requeridos* | | | | | | | | | | | | | | |
| Plazo del contrato (Meses) | | 18 mesesXXXX | | | | | Valor del Contrato | | | | $1.275.000.000 COPXXXXXX | | | | | |
| Fecha Inicio | | 15 de febrero de 2022 | | | Fecha Fin | | 15 de agosto de 2023 | | | | % Ejecución | | | | 100% | |
| 1. **DETALLE DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS EN EL ALCANCE** *Por favor especifique de manera clara la categoría de servicio, dominio técnico y volúmenes según definición en el anexo XXX. “Solo debe incluir en esta tabla los dominios que va a certificar con el cliente que está relacionando en este Formato. Por favor elimine las líneas que queden en blanco después de documentar la información requerida en este cuadro.* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Categoría Servicio** | | | **Dominio Técnico** | | | | **Volumen/Experiencia** | | | | | | **Comentarios** | | | |
| **Ej. ADMINISTRACION DE BASES DE DATOS** | | | ADMINISTRACIÓN, OPERACIÓN Y SOPORTE DE BASES DE DATOS | | | | Se exige la entrega de tres certificaciones. Al menos una de ellas debe validar un contrato vigente con un año o más de operación ininterrumpida, específicamente en el área de Administración de bases de datos, que es el requisito principal y excluyente de este RFP. | | | | | | Puede Incluir comentarios o información que considere relevante | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| Utilice este espacio si requiere añadir información adicional o aclaratoria: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **EVALUACION DE LOS SERVICIOS** *(Favor Marque con una X) Este numeral se diligencia con base en las evaluaciones que hayan tenido de manera forma en el contrato en cualquier escenario de Gobierno del mismo* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cumplimiento obligaciones contractuales | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Cumplimiento niveles de servicio acordados (SLAs/KPIs) | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Competencia y desempeño del equipo asignado (Estratégico/Táctico/Operativo) | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Calidad técnica del servicio entregado | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Planeación y ejecución de etapas de transición (si aplica) | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Gestión de la relación y atención a requerimientos o incidentes | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Satisfacción general del servicio | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Capacidad de mejora continua y adaptabilidad | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| Valor agregado e innovación aportada durante el servicio | | | Excelente |  | | Bueno | |  | Regular | | |  | | Malo | |  |
| **FIRMA** | |  | | | | | | | | | | | Bogotá D.C., Junio xx de 2025 | | | |
| **Nombre de quien Expide la Certificación** | | MARIANA GONZÁLEZ DUARTE XXXXXX | | | | | | | | | | |
| **Cargo** | | **REPRESENTANTE LEGAL**  **(Titular o Suplente del Proponente)** | | | | | | | | | | | Ciudad y Fecha | | | |