



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACION - COLCIENCIAS -

CONVOCATORIA PARA LA SELECCIÓN DE ENTIDADES  
SISTEMAS DE INNOVACIÓN EMPRESARIAL – CALDAS

ANEXO 3  
FORMATO DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Proponente (s): \_\_\_\_\_

- Los contratos relacionados deben estar finalizados a la fecha de apertura de la convocatoria. Toda la experiencia relacionada en las tablas de los puntos 1 y 2 deberá estar soportada por un medio de verificación que respalde su ejecución, *y estos soportes deberán ser aportados únicamente en caso de ser seleccionado*.
- La información presentada en las tablas de los puntos 1 y 2 puede ser duplicada, evidenciando de manera diferenciada el cumplimiento de los requisitos mínimos de (1) meses de experiencia y (2) número de empresas intervenidas.
- La información en las tablas de los puntos 1 y 2 deberá presentarse en orden cronológico *y los soportes, una vez sean solicitados y si es seleccionado*, deberán organizarse y poder identificarse, con base en la numeración de las tablas (primera columna).
- Tenga en cuenta que “Si durante el proceso de evaluación de la propuesta, se encuentra contradicción entre los documentos o la información aportada que impida evaluar” y que “Cuando, en caso de ser seleccionado, el proponente no aporte la totalidad de soportes de la experiencia relacionada en los ANEXOS 3 y 4.”, la propuesta podrá ser rechazada de acuerdo a las causales de rechazo o eliminación de propuestas establecidas en el numeral 12.2 de los términos de referencia.

1. A continuación, relacione la experiencia específica en asesoría de innovación como persona jurídica, de al menos tres (3) [cuatro (4) para consorcios o uniones temporales] años de experiencia y en caso que sea superior, relacionar hasta máximo diez (10) años en orden cronológico.

Av. Calle 26 # 57- 41 / 83 Torre 8 Piso 2 – PBX: (57+1) 6258480, Ext 2081 – Línea gratuita nacional 018000914446 – Bogotá D.C. Colombia  
[www.COLCIENCIAS.gov.co](http://www.COLCIENCIAS.gov.co)

El tiempo de experiencia será validado de manera lineal, por lo que contratos que hayan sido ejecutados de manera simultánea, no sumarán tiempo adicional. Tenga en cuenta esto al momento de totalizar el tiempo en la columna “DURACIÓN DEL CONTRATO/INTERVENCIÓN (meses)”

En caso de ser consorcio, unión temporal u otra forma de asociación deberá presentar este cuadro por cada uno de los integrantes.

| No.           | NOMBRE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE | OBJETO DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/ INTERVENCIÓN | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO/ INTERVENCIÓN | DURACIÓN DEL CONTRATO/ INTERVENCIÓN (meses) | BREVE DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y RESULTADOS ALCANZADOS (max 100 palabras) | NOMBRE DE CONTACTO DEL CONTRATANTE | CORREO DE CONTACTO CONTRATANTE |
|---------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
|               |                                  |                     |                                            |                                                 |                                             |                                                                                 |                                    |                                |
|               |                                  |                     |                                            |                                                 |                                             |                                                                                 |                                    |                                |
|               |                                  |                     |                                            |                                                 |                                             |                                                                                 |                                    |                                |
| TOTAL (meses) |                                  |                     |                                            |                                                 |                                             |                                                                                 |                                    |                                |

2. A continuación, relacione el listado de al menos 20 empresas intervenidas específicamente en asesoría de innovación de manera directa y máximo 40 empresas.

En caso de ser consorcio, unión temporal u otra forma de asociación deberá relacionar mínimo 50 empresas y máximo 80.

| No. | NOMBRE DE LA EMPRESA INTERVENIDA | OBJETO DEL CONTRATO | BREVE DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y RESULTADOS ALCANZADOS (máx. 100 palabras) | NOMBRE DE CONTACTO EN LA EMPRESA | CORREO DE CONTACTO EN LA EMPRESA |
|-----|----------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|     |                                  |                     |                                                                                  |                                  |                                  |
|     |                                  |                     |                                                                                  |                                  |                                  |
|     |                                  |                     |                                                                                  |                                  |                                  |

### Certificación:

Yo, el abajo firmante, certifico como representante legal de la empresa \_\_\_\_\_, que lo anteriormente registrado describe correctamente la experiencia que tenemos relacionada con innovación.

Fecha: \_\_\_\_\_

[Firma del representante legal]

\_\_\_\_\_  
[Nombre del representante legal]

Av. Calle 26 # 57- 41 / 83 Torre 8 Piso 2 – PBX: (57+1) 6258480, Ext 2081 – Línea gratuita nacional 018000914446 – Bogotá D.C. Colombia  
[www.COLCIENCIAS.gov.co](http://www.COLCIENCIAS.gov.co)