|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN** |
| Diligencie los campos requeridos a continuación con el fin de identificar el contacto valido como supervisor/interventor del contrato establecido entre la entidad territorial y el Operador para la conectividad en sedes educativas. |
| |  |  | | --- | --- | | Secretaría de Educación de: | Elija un elemento. | | Nombre del Interventor/Supervisor | Haga clic aquí para escribir texto. | | Teléfono fijo: | Haga clic aquí para escribir texto. | | Celular: | Haga clic aquí para escribir texto. | | E-mail 1: | Haga clic aquí para escribir texto. | | Número de contrato con el Operador | Haga clic aquí para escribir texto. | | Periodo del informe | Haga clic aquí para escribir texto. | | Número de Sedes Educativas por Beneficiar: | Haga clic aquí para escribir texto. | |

| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE GESTION MENSUAL** |
| --- |
| Diligencie los campos requeridos a continuación, recuerde que este informe debe presentarse con corte al último día calendario del mes y se reportara en los cinco (5) primeros días del mes siguiente, mínimo con los puntos solicitados a continuación: |
| 1. **Reporte de cambios:**   [Indicar cualquier modificación importante en la topología de la red, en equipos, suspensión de canales o configuración de éstos.] |
|  |
| 1. **Reporte de fallas:**   [Indicar los inconvenientes y/o fallas presentadas para la prestación del servicio y las soluciones implementadas por el Operador.] |
|  |
| 1. **Listado de las Sedes que no han cursado tráfico :**   [Listado de las Sedes que no han cursado tráfico durante el periodo, es decir, aquellas que registren tráfico inferior al veinte por ciento (20 %) del ancho de banda asignado, a estas sedes se les deberá generar y gestionar un tiquete por parte del Contratista en caso de que la sede no haya reportado ningún incidente en la mesa de ayuda.] |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CÓDIGO DANE SEDE** | **NOMBRE SEDE EDUCATIVA** | **CONSUMO BW DURANTE EL PERIODO** | **TICKET GENERADO EN LA MESA DE AYUDA** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 1. **Reporte de Gestión de la Mesa de Ayuda durante el periodo:**   [Indicar la información respecto a los tickets abiertos, atendidos y gestionados por la Mesa de Ayuda.] |
| |  |  | | --- | --- | | Número de tickets generados durante el periodo |  | | **Número de tickets creados de acuerdo al origen** | | | Monitoreo automático |  | | Solicitud de servicio |  | | PQR |  | | Requerimientos de usuario |  | | **Número de requerimientos atendidos** | | | Cerrados |  | | Pendientes |  | | En Gestión |  | |
| 1. **Medición de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS).**   [Indicar el valor promedio de la medición de cada uno de los indicadores, para los canales provistos en las sedes educativas.] |
| |  |  | | --- | --- | | Indicador | Promedio durante el periodo | | Disponibilidad |  | | Latencia |  | | Velocidad de transferencia |  | | Efectividad en la instalación |  | |
| 1. **Sugerencias y Recomendaciones al Contratante**   [Presente en este apartado aspectos importantes de la ejecución contractual] |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **APROBACIÓN DEL INFORME** |
| El Interventor/Supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones contractuales, así como de los lineamientos técnicos del programa Conexión Total, Red Educativa Nacional – REN; toda la información registrada en el presente documento y en sus anexos es veraz, para lo cual autoriza al Ministerio de Educación Nacional o a quien este designe para la verificación de la misma cuando lo estime conveniente. |
| Este informe corresponde al periodo comprendido entre XX/XX/XXXX al XX/XX/XXX. Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los (XX) días del mes de XXXX de XXXX.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | INTERVENTOR/SUPERVISOR | | | | | Nombre: | XXXXXXXXX | | | | Cargo: | XXXXXXXXXXXXXXX | Fecha: | XX de XXXXXXXX de XXXX | |