CONCEJO SANTIAGO DE CALI	REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS	JD01.F023	
		FECHA DE EMISIÓN	01/sep/2024
		VERSIÓN	2

TIPO DE PROVEEDOR:	**1. BIENES:**		**2. OBRAS:**				**3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS:**	**X**
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	**FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ BOLAÑOS**		**FECHA DE EVALUACIÓN:**	**DIA**			**MES**	**AÑO**
				31			**OCTUBRE**	**2024**
NIT o C.C.:	**16944868**		**PERIODO EVALUADO:**				**DESDE**	**HASTA**
							19/JUL/2024	**31/OCT/2024**
DIRECCIÓN Y TELEFONO:	**Calle 6 # 5 - 30 apto 502**		**CORREO ELECTRÓNICO:**		franciscoh9990@gmail.com			
NÚMERO DEL CONTRATO:	**100.8.4.677.2024**		**FECHA SUSCRIPCIÓN:**		**19**	**JULIO**	**2024**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA DE PRESIDENCIA DEL CONCEJO DISTRITAL DE SANTIAGO DE CALI**							

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE BIENES, OBRAS O SERVICIOS:	**0**	**No Aplica**			**3**	**Cumple parcialmente**
	1	**No Cumple**			**4**	**Cumple plenamente**
	2	**Cumple mínimamente**			**5**	**Supera las expectativas**

CRITERIO	**ATRIBUTO**			**CALIFIQUE DE ACUERDO A LA ESCALA DEFINIDA**
NIVEL DE EFICACIA - CALIDAD - DEL BIEN, OBRA O SERVICIO	El Proveedor cumplio con el Objeto del Contrato?.			**4**
	El Proveedor cumplio con las especificaciones del bien, obra o servicio; requeridas por la Entidad?.			**4**
NIVEL DE EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD EN LAS SOLUCIONES PRESENTADAS POR EL PROVEEDOR	Las soluciones presentadas por el Proveedor, generaron un Impacto Positivo respecto a las solicitudes y requerimientos del Supervisor y de la Corporación?.			**4**
	Las soluciones presentadas por el Proveedor, cumplieron con los niveles de Eficiencia, Eficacia, requeridos por el Supervisor y la Entidad?.			**4**
NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DEL BIEN, OBRA O SERVICIO	El Proveedor entrego oportunamente (dentro de los tiempos del contrato), el bien, obra o servicio requerido por la Entidad?.			**4**
TOTAL PUNTOS OBTENIDOS				**20**

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR	**TOTAL PUNTOS OBTENIDOS**	**20**	**X 100**	**80%**
	TOTAL PUNTOS POSIBLES	**25**		

EXCELENTE	**76% - 100%**
BUENO	**51% - 75%**
REGULAR	**26% - 50%**
BAJO NIVEL	**0 - 25%**

CANTIDAD DE PREGUNTAS (5)

CALIFICACIÓN	**EXCELENTE**

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**CARLOS ANDRES ARIAS RUEDAS**
CARGO	**PRESIDENTE DEL CONCEJO**
FIRMA	XXXXXXXXXXXX