| | | |
|---|---|---|
| | **MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO** | Código: GCT-F-32 |
| | PROCESO GESTIÓN A LA CONTRATACIÓN | Versión: V1 |
| | | Fecha: 30/04/2025 |
| | FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROVEDORES. | Página 1 de 1 |

El diligenciamiento de este formato debe ser posterior al acta de recibo o terminación y debe adjuntarse a los documetos para la liquidación.

Fecha __30____/__10_____/ 2025 NUMERO DE CONTRATO 1716 de 2025

NOMBRE DEL PROVEEDOR: GRUPO GESTION SAS
(CONTRATISTA)

No DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 800.142.291-8

NOMBRE DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR: YANED SIERRA CASTRILLON

TIPO DE CONTRATO: **CONVENIO_____OBRA_____SUMINISTRO _____CONSULTORIA_____ PRESTACIÓN DE SERVICIOS__X____**

**P.S. PROFESIONALES_____ P.S. TECNICOS_____P.S. APOYO ADMINISTRATIVO____ ARRENDAMIENTO_____ COMPRAVENTA_____**

**COMODATO_____OTRO _____ ¿CUÁL?: _____**

Por medio del siguiente formato el supervisor - interventor verificara de una manera práctica las condiciones de ejecucion del objeto contractual.

Marque con una X en la casilla frente a la opcion que evalua la ejecucion, solo una vez por item.

**PARA EL ITEM 1, 2 Y 4 SOLO HAY 2 OPCIONES DE RANGO DE EVALUACION 1 Y 5**
**PARA LOS DEMAS ITEMS EXISTEN 3 RANGOS DE EVALUACION 1-3 Y 5**

| ITEM | CRITERIO | PUNTAJE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | | 3 | | 5 | |
| 1 | Cumplimiento del objeto del contrato | **No cumple** | | | | **Cumple** | X |
| 2 | Calidad de bien, obra o servicio | **No cumple** | | | | **Cumple** | X |
| 3 | Cumplimiento en los tiempos de entrega de productos o servicios | **No cumple** | | **Entrega inoportuna justificada adecuadamente.** | | **Cumple** | X |
| 4 | Solución a quejas y reclamos | **No cumple** | | | | **Cumple o no se presentaron** | X |

| | | |
|---|---|---|
| **Consolidar Puntaje por ítem** | **Ítem 1** | **5** |
| | **Ítem 2** | **5** |
| | **Ítem 3** | **5** |
| | **Ítem 4** | **5** |
| | **SUMA TOTAL** | **20** |

| RE-EVALUACION | MARQUE CON UNA X |
|---|---|
| **DE 16 A 20 CUMPLE** | X |
| **MENOS DE 16 NO CUMPLE** | |

FIRMA _____
YANED SIERRA CASTRILLÓN
SUPERVISOR
SECRETARIA DE SALUD

FIRMA _____
GRUPO GESTIÓN SAS
NOMBRE DEL CONTRATISTA