
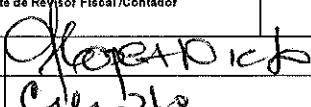
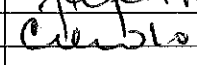


| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|--|
| INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | | | | | | CO-CBS-FT-12 V7 | | |
| FECHA: | | DICIEMBRE 2025 | | | | | | | |
| INFORME PARCIAL: | | | | INFORME FINAL: | | | X | | |
| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 4439-2024 | | CONTRATISTA: | DISCOLMETS S.A.S | | | CÉDULA DE CIUDADANÍA O MIT: | 828002423-5 | |
| No. DE CONVENIO AL CUAL PERTENECE EL CONTRATO (Número y vigencia) | N/A | | | | | | | | |
| OBJETO: | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS POS Y NO POS, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE | | | | | | | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA: | REPRESENTANTE LEGAL: | ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS | | | | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 7727146 | |
| | ASESOR COMERCIAL: | YULI CULMA | | | | | TELÉFONO: | 7764038 | |
| | DIRECCIÓN: | CALLE 15 No. 33 - 02 | | | | | CELULAR: | 3016034973 | |
| | E-MAIL: | BOGOTA@DISCOLMEDICA.COM.CO | | | | | PÁGINA WEB: | 0 | |
| DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR: (Diligenciar los que aplique, ingresar filas en caso que se requiera, omitir las que no diligenciarlas) | NOMBRES Y APELLIDOS: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | | | CÉDULA DE CIUDADANÍA: | 52489647 | | |
| | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR | DIRECTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | ÁREA O DEPENDENCIA: | DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS | | |
| | DIRECCIÓN: | Carrera 20 # 47B - 35 SUR | | | | TELÉFONO FIJO: | 7300000 | | |
| | CORREO ELECTRÓNICO: | DIR.COMPLEMENTARIOS@SUBREDSUR.GOV.CO | | | | CELULAR: | 3108563456 | | |
| | NOMBRE DEL APOYO A LA SUPERVISION | YEZMIN LOPEZ NIETO | | | | CEDULA DE CIUDADANIA: | 60391349 | | |
| | CARGO/PERFIL | QUIMICO FARMACEUTICO | | | | AREA O DEPENDENCIA: | FARMACIA | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | REFERENTEADM.FARMACIA@SUBREDSUR.GOV.CO | | | | TELÉFONO FIJO: | 7300000 | | | |
| FECHA ACTA DE INICIO: | 08/04/2024 | | | FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL: | 7/06/2024 | | PLAZO INICIAL: | 2 MESES | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | 1.320.449,00 | | | VALOR INICIAL EN LETRAS: | UN MILLON TRESCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: | MEDICAMENTOS | | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | 4245010301 | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO: (SI aplica para dos rubros) | N/A | | | | CÓDIGO DEL RUBRO: | N/A | | | |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N°: | 430 | | | | FECHA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | 23/01/2024 | | | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTA N°: | 19028 | | | | FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL: | 26/03/2024 | | | |
| 2. INFORMACIÓN DE ADICIONES REALIZADAS AL CONTRATO | | | | | | | | | |
| N° DE ADICIÓN | VALOR DE LA ADICIÓN | FECHA SUSCRIPCIÓN DE LA ADICIÓN: | N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: | FECHA DE LA DISPONIBILIDAD: | CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL N°: | FECHA DEL REGISTRO: | CÓDIGO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL | | |
| 1 | 800.000,00 | 21/06/2024 | 1576 | 18/06/2024 | 25993 | 26/06/2024 | 4245010301 | | |
| 2 | 3.161.347,00 | 14/08/2024 | 2062 | 9/08/2024 | 30674 | 15/08/2024 | 4245010301 | | |
| 3 | 3.961.347,00 | 19/09/2024 | 2257 | 27/08/2024 | 34911 | 19/09/2024 | 4245010301 | | |
| 4 | 1.122.382,00 | 31/10/2024 | 2684 | 29/10/2024 | 38997 | 31/10/2024 | 4245010301 | | |
| 3. INFORMACIÓN DE PRORROGAS o SUSPENSIONES REALIZADAS AL CONTRATO | | | | | | | | | |
| N° | PRORROGA / SUSPENSION | PLAZO | FECHA DE SUSCRIPCIÓN | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | | | | |
| 1 | PRORROGA | 23 Días | 2024-05-02 | 2024-06-08 | 30/06/2024 | | | | |
| 2 | PRORROGA | 62 Días | 2024-06-21 | 2024-07-01 | 31/08/2024 | | | | |
| 3 | PRORROGA | 30 Días | 2024-08-28 | 2024-09-01 | 30/09/2024 | | | | |
| 4 | PRORROGA | 31 Días | 2024-09-26 | 2024-10-01 | 31/10/2024 | | | | |
| 5 | PRORROGA | 31 Días | 2024-10-31 | 2024-11-01 | 31/12/2024 | | | | |
| 4. OTRAS NOVEDADES CONTRACTUALES | | | | | | | | | |
| N° | OTRO SI No (Aclaratorio, inclusión, Exclusión) | CONSIDERACION DEL OTRO SI | | | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL OTRO SI | | | |
| 5. EJECUCIÓN DEL CONTRATO Incluidas las facturas a certificar | | | | | | | | | |
| ÍTEM | FECHA DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | NÚMERO DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | N° ENTRADA ALMACÉN | VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO | SALDO DEL CONTRATO | N° COMPROBANTE DE EGRESO | FECHA COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR CANCELADO | |
| 1 | 2024-04-13 | 120202 | 0400000013489 | \$ 56.271 | \$ 10.309.254 | 00000000568462 | 2024-09-16 | \$ 56.271 | |
| 2 | 2024-04-13 | 120203 | 0400000013490 | \$ 102.098 | \$ 10.207.156 | 00000000568462 | 2024-09-16 | \$ 102.098 | |
| 3 | 2024-04-29 | 121495 | 0400000013539 | \$ 71.078 | \$ 10.136.078 | 00000000568462 | 2024-09-16 | \$ 71.078 | |
| 4 | 2024-05-02 | 121656 | 0400000013540 | \$ 70.584 | \$ 10.065.494 | 00000000574724 | 2024-11-06 | \$ 70.584 | |
| 5 | 2024-05-03 | FEBT121838 | 0400000013576 | \$ 733.104 | \$ 9.332.390 | 00000000574724 | 2024-11-06 | \$ 733.104 | |
| 6 | 2024-05-29 | 123855 | 0400000013743 | \$ 139.206 | \$ 9.193.184 | 00000000574724 | 2024-11-06 | \$ 139.206 | |
| 7 | 2024-06-18 | 125312 | DF00000000070 | \$ 79.496 | \$ 9.113.688 | 00000000585183 | 2024-12-11 | \$ 79.496 | |
| 8 | 2024-07-30 | 128764 | M200000000147 | \$ 183.276 | \$ 8.930.412 | 00000000595503 | 2025-01-16 | \$ 183.276 | |
| 9 | 2024-08-20 | 130242 | 0400000014195 | \$ 1.250.151 | \$ 7.680.261 | 00000000596535 | 2025-02-04 | \$ 1.250.151 | |
| 10 | 2024-10-02 | 133710 | 0400000014340 | \$ 209.979 | \$ 7.470.282 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 209.979 | |
| 11 | 2024-10-04 | 133994 | 0400000014351 | \$ 233.310 | \$ 7.236.972 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 233.310 | |
| 12 | 2024-10-08 | 134313 | 0400000014361 | \$ 3.054.600 | \$ 4.182.372 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 3.054.600 | |
| 13 | 2024-10-11 | 134671 | M2000000001165 | \$ 1.466.208 | \$ 2.716.164 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 1.466.208 | |
| 14 | 2024-10-30 | 136151 | M200000000167 | \$ 61.656 | \$ 2.654.508 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 61.656 | |
| 15 | 2024-10-11 | 134672 | 0400000014481 | \$ 63.327 | \$ 2.591.181 | 00000000604043 | 2025-02-26 | \$ 63.327 | |
| 16 | 2024-12-05 | 139035 | 0400000014660 | \$ 51.380 | \$ 2.539.801 | 00000000608771 | 2025-03-18 | \$ 51.380 | |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------|---------------|----|------------------|----|---------------------------|---|--|----|---------|-----------|--|
| INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | | | | | | | CO-CBS-FT-12 V7 | | | | | |
| FECHA: | DICIEMBRE 2025 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 2024-12-05 | 139032 | 0400000014662 | \$ | 20.552 | \$ | 2.519.249 | 00000000608771 | 2025-03-18 | \$ | 20.552 | | |
| 18 | 2024-12-05 | 139033 | 0400000014661 | \$ | 82.208 | \$ | 2.437.041 | 00000000608771 | 2025-03-18 | \$ | 82.208 | | |
| 19 | 2024-12-10 | 139375 | 0400000014679 | \$ | 513.800 | \$ | 1.923.241 | 00000000608771 | 2025-03-18 | \$ | 513.800 | | |
| TOTAL EJECUTADO | | | | \$ | 8.442.284 | | | \$ | 8.442.284 | | | | |
| 6. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | | | | | | | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | | \$ | | | 1.320.449 | | VALOR PAGADO: | | \$ | | | 8.442.284 | |
| VALOR DE ADICIONES DEL CONTRATO: | | \$ | | | 9.045.076 | | | | \$ | | | - | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO : | | \$ | | | 10.365.525 | | SALDO A REINTEGRAR | | \$ | | | 1.923.241 | |
| 7. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DECLARE SI SE CUMPLIO A SATISFACCIÓN EL OBJETO CONTRACTUAL) | | | | | | | | | | | | | |
| No. | OBLIGACIÓN | | | | | | CUMPLIMIENTO SI/NO | EMITE SU CONCEPTO EN EL CASO DE PRESENTAR ALGUNA DIFICULTAD | SOPORTE DE VERIFICACIÓN VS UBICACIÓN | | | | |
| 1 | Disponer de línea telefónica y correo electrónico para la solicitud y entrega de pedidos las 24 horas del día de lunes a domingo para dar respuesta a la necesidad de los servicios hospitalarios y establecer mecanismos que permitan recibir y responder las sugerencias, quejas y reclamaciones que se presenten en desarrollo del control y establecer las medidas correctivas pertinentes. | | | | | | SI | NINGUNA | REGISTRO DE LLAMADAS REALIZADAS | | | | |
| 2 | Realizar la entrega de los medicamentos, en las cantidades completas solicitadas, en la fecha, lugar, y dentro del horario indicado por el Supervisor del Contrato; Si por alguna circunstancia (desabastecimiento, dificultades en la importación, entre otros), el Contratista no puede entregar los medicamentos que fueron ofertados con las mismas especificaciones técnicas relacionadas, esto podrá presentar un solicitud modificación por escrito, con la respectiva justificación y documentación técnica al supervisor del contrato el cual evaluará y evaluará según el caso, mediante concepto técnico el requerimiento. | | | | | | SI | ENTREGAS DEL 100% DE MEDICAMENTOS SOLICITADAS | FACTURAS DE ENTREGA, PARAFISCALES VS. ORDEN DE COMPRA | | | | |
| 3 | Realizar la entrega de medicamentos en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho (48) horas luego de realizado el requerimiento; para las solicitudes catalogadas como urgentes los medicamentos deben entregarse en un tiempo máximo de seis (6) horas contadas a partir de la hora de la solicitud. Las modificaciones técnicas solicitadas NO deberán extender el plazo de entrega la cual siempre debe darse en el tiempo establecido | | | | | | SI | LAS ENTREGAS NORMALMENTE SON VARIOS DIAS DESPUES DE EMITIDA LA ORDEN DE COMPRA | FECHA DE ORDEN DE COMPRA VS. FECHA DE INGRESO AL SISTEMA, CORREOS CON ALTERNATIVAS | | | | |
| 4 | Garantizar el adecuado almacenamiento, disposición, conservación y distribución de los medicamentos solicitados por el supervisor del contrato, según la normatividad vigente para la materia prima, producción, controles de calidad y producto final. | | | | | | SI | LOS MEDICAMENTOS SOLO SE RECIBEN SI CUMPLE ESTRUCTAMENTE | FORMATO DE RECEPCION TECNICA | | | | |
| 5 | Realizar las entregas de los medicamentos en el embalaje correspondiente de acuerdo al tipo de medicamento y recomendaciones del fabricante e identificando el nombre del producto, cantidad, unidad de medida, lote y fecha de vencimiento, Registro INVIMA. No se aceptarán empresas transportadoras sin acompañamiento de representantes del oferente, con el fin de realizar las recepciones técnicas que se requieren en el proceso. | | | | | | SI | NINGUNA | GUIA DE TRASPORTADORA Y FORMATO DE RECEPCION TECNICA | | | | |
| 6 | Entregar de manera oportuna la documentación para la radicación de facturas (orden de compra emitida por la Subred, factura original y tres copias, certificación de pago de aportes a seguridad social y contribuciones parafiscales) junto con el pedido, en los tiempos establecidos por el Supervisor del Contrato. | | | | | | SI | NINGUNA | ORDENES DE COMPRA, FACTURAS, PARAFISCALES | | | | |
| 7 | Garantizar que la fecha de vencimiento de los medicamentos, entregados sea superior al 75% de su vida útil. En los casos que por necesidad del servicio se requiera medicamentos, y su vida útil sea inferior al 75%, el Contratista deberá presentar carta de compromiso y autorización del Supervisor del Contrato, adjunto a la factura, en la cual manifieste recibir los medicamentos, que por su rotación lleguen a vencerse, aun cuando el contrato celebrado esté en ejecución o ya haya terminado el plazo del mismo. | | | | | | SI | UNA PEQUEÑA MUESTRA VIENE PROXIMO A VENCER, NO SIEMPRE LLEGA LA CARTA DE COMPROMISO Y ADICIONAL NUNCA CAMBIAN VENCIDOS. CONDICIONAN EL CAMBIO CON MESES DE ANTICIPACION | CARTAS DE COMPROMISOS CON FECHA CORTA DE VENCIMIENTO | | | | |
| 8 | Realizar los cambios que sean necesarios cuando los medicamentos no cumplan con los criterios de: Cadena de frío, calidad, referencia, presentación y condiciones técnicas requeridas, en un tiempo no mayor a veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación del hecho, así como también garantizar el cambio del medicamento que llegase a presentar evento adverso, posterior al seguimiento y confirmación por parte del Contratista, para lo cual se deberá suministrar por escrito toda la información técnica del nuevo fabricante que será evaluado y aprobado por el supervisor del contrato. El recibido de la factura se dará una vez esté acorde con los cambios reportados y se tramitará para pago. | | | | | | SI | NINGUNA | NO SE PRESENTARON CAMBIOS | | | | |
| 9 | Entregar toda la información que le sea solicitada en relación con la ejecución del contrato, facilitando el acceso a sus instalaciones y vehículos de ser necesario, para efectuar las pruebas o verificaciones que sean requeridas. | | | | | | SI | NINGUNA | EJECUCION DE CONTRATO | | | | |
| 10 | Permitir el desarrollo de las actividades de control y vigilancia contractual que ejerza la Subred Sur a través del personal idóneo que ésta designe. | | | | | | SI | NINGUNA | | | | | |
| 11 | Realizar el cambio de Registro Sanitario en caso de vencimiento durante la vigencia del contrato e Informar de inmediato al supervisor del mismo. | | | | | | SI | NINGUNA | NO SE HA REQUERIDO | | | | |
| 12 | Realizar la identificación, inventario, recolección y reposición de los medicamentos que hayan sido requeridos por el INVIMA mediante alerta sanitaria en un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas e informar de inmediato al supervisor del contrato. | | | | | | SI | NINGUNA | RECEPCION TECNICA | | | | |
| 13 | Entregar medicamentos certificados por el INVIMA y producidos por laboratorios con BPM. | | | | | | SI | NINGUNA | CUANDO CORRESPONDA | | | | |
| 14 | Cambiar los medicamentos próximos a vencer o presenten baja rotación ya sea por el mismo producto o por el que la Subred Sur requiera de acuerdo a sus necesidades, una vez notificado por el supervisor del contrato, previa verificación y concepto técnico emitido por el personal designado para tal fin, durante la ejecución del contrato y seis (6) meses después de finalizado el contrato. Para lo anterior la Subred Sur avisara con una antelación mínimo de dos (2) meses. | | | | | | SI | NINGUNA | NO SE HA REQUERIDO | | | | |

|  | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | |
|--|---|--|--------------------------------------|--|
| INFORME DE SUPERVISIÓN | | CONTRATO DE SUMINISTRO, BIENES, SERVICIOS, CONSULTORIA, OBRA E INTERVENTORIA | | CO-CBS-FT-12 V7 |
| FECHA: | DICIEMBRE 2025 | | | |
| 19 | Asumir los gastos de transporte, embalaje y logística requeridos para realizar la entrega de los medicamentos en el lugar que solicite el supervisor del contrato. | SI | NINGUNA | NO SE REALIZARON COBROS POR TRANSPORTE |
| 20 | Indemnizar y/o asumir todo daño que se cause a terceros, a bienes propios o de terceros, o al personal contratado para la ejecución del contrato, por causa o con ocasión del desarrollo del mismo. En caso de requerimientos o demandas por algún tipo de afectación a la vida o la salud de los pacientes o personal de salud, el Contratista deberá responder por sus acciones y omisiones, al igual que por las secuelas que se generen producto de un medicamento entregado a la Subred Sur. | SI | NINGUNA | NO SE PRESENTARON DAÑOS |
| OBSERVACIONES: | SE HACE REINTEGRO POR \$1.923.241, POR TERMINACION DEL PLAZO DEL CONTRATO E INICIO DE NUEVO PROCESO DE CONTRATACION | | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | 81,45% |
| 8. INFORMACIÓN SOPORTES DE EJECUCIÓN Y DOCUMENTOS ADJUNTOS | | | | |
| VERIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Planillas/ Certificación por parte de Revisor Fiscal/Contador ESPECIFICANDO EL MES | | | | |
| FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN |  | ANEXOS (CD) | N/A | FECHA: |
| FIRMA DEL SUPERVISOR |  | TOTAL FOLIOS | 1 | FECHA: |
| NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL INFORME | | CARGO/PERFIL | | FECHA: |
| | | | FIRMA | |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE SERVICIOS
MUNICIPALES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

CO-CBS-FT-18 V3

ESTA EVALUACIÓN CONSISTE EN VALORAR PARÁMETROS COMO COMPETENCIA, CAPACIDAD, CALIDAD, CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, CON EL FIN DE MONITOREAR Y MEDIR EL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR Y GARANTIZAR LA CALIDAD EN EL SERVICIO QUE CONTRIBUYE A LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS.
* LA EVALUACIÓN DEBE SER APLICADA POR EL SUPERVISOR CADA VEZ QUE FINALICE UN CONTRATO JUNTO CON EL INFORME FINAL DE EJECUCIÓN
* EL SUPERVISOR DEBERÁ REMITIRSE EL ORIGINAL A LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN PARA QUE SEA ARCHIVADA EN EL EXPEDIENTE CONTRACTUAL.

DATOS DEL PROVEEDOR

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------|
| No CONTRATO / VIGENCIA: | 4439-2024 | NOMBRE DEL PROVEEDOR: | DISCOLMETS S.A.S | | NIT: | 828002423-5 |
| FECHA INICIO DEL CONTRATO: | 8/04/2024 | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO: | 31/12/2024 | CORREO ELECTRÓNICO: | BOGOTA@DISCOLMEDICA.COM.CO | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PBS Y NO PBS, PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS E INTRAHOSPITALARIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE | | | | | |
| NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | CARGO / PERFIL DEL SUPERVISOR: | DIRECTORA DE COMPLEMENTARIOS | | |

SISTEMA DE CALIFICACIÓN

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------------|---|-----------|---|--------------|-------|
| EXCELENTE | 5 | SATISFACTORIO | 4 | ACEPTABLE | 3 | NO ACEPTABLE | 1 - 2 |
|-----------|---|---------------|---|-----------|---|--------------|-------|

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--|---|---|---|-----|-----|
| REQUISITOS LEGALES | La empresa cumple con todas las obligaciones contractuales oportunamente (minutas, pólizas). | | | | 4 | |
| CALIDAD DEL PRODUCTO / SERVICIO | Cumplió con las especificaciones técnicas y de funcionalidad requeridas de acuerdo la orden de suministros/contrato. | | | | 4 | |
| | Los productos entregados estaban en buenas condiciones físicas y su apariencia satisface las expectativas. | | | | 4 | |
| | Conto con la logística necesaria en cuanto transporte, equipos y herramientas para cumplir con el objeto del contrato (servicios). | | | | N/A | |
| | Durante la ejecución del servicio contó con personal técnico calificado para cumplir las actividades propias del servicio. | | | | N/A | |
| | Equipos y herramientas: se contó con los equipos y herramientas adecuados para las tareas propias de la ejecución del servicio. | | | | 4 | |
| OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR | Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor. | | | | 4 | |
| | Implementa herramientas de medición que corroboran a los procesos de la entidad. | | | | 4 | |
| | Los tiempos de respuesta ante requerimientos fueron oportunos a nuestras necesidades. | | | | 4 | |
| | Busca permanentemente en conjunto la mejora de los procesos institucionales. | | | | 4 | |
| | Las garantías del producto/ servicio fueron atendidas satisfactoriamente. | | | | 4 | |
| CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA | La entrega se realizó en los tiempos pactados en el suministro/ servicio. | | | | 4 | |
| | La entrega de las facturas se hace de forma oportuna de acuerdo a lo suministrado o servicios prestados con los valores pactados en el contrato. | | | | 4 | |
| | Cumplió con la entrega total de las cantidades solicitadas en los tiempos dados. | | | | 4 | |
| RESPONSABILIDAD AMBIENTAL | La empresa contribuye con la disposición final de los residuos. | | | | 4 | |
| SEGURIDAD INSUTRIAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO | El personal de la empresa cuenta con los elementos de protección personal. | | | | | N/A |
| | Se evidencia que la empresa realiza mantenimiento periódico de equipos e instalaciones. | | | | | N/A |
| RECURSO HUMANO | El personal destinado para desarrollar las actividades relacionadas con la Subred Sur demuestra IDONEIDAD, respeto por las reglas y disposiciones establecidas por la entidad. | | | | | 5 |
| | La empresa evalúa por competencia a su personal durante la ejecución del contrato (servicios). | | | | | N/A |
| FINANCIERO | La empresa evidencia capacidad financiera para brindar respuesta a los términos contractuales. | | | | | 5 |
| PARA EL CASO QUE NO APLIQUE N/A SE TENDRÁ EN CUENTA LA SUMATORIA SOBRE LOS CRITERIOS EVALUADOS | | 0 | 0 | 0 | 52 | 10 |
| RESULTADO DE LA EVALUACIÓN | | 4 | | | | |

INTERPRETACIÓN DE LA CALIFICACIÓN

| | | |
|--------------------|---------------|---|
| CALIFICACION 5 | EXCELENTE | ES PROVEEDOR EXCELENTE, CONTRIBUYE AL FORTALECIMIENTO DE LA ENTIDAD |
| CALIFICACION 4 | SATISFACTORIO | ES UN PROVEEDOR IMPORTANTE PARA NUESTRA ENTIDAD |
| CALIFICACION 3 | ACEPTABLE | SE LE INVITA A TENER EN CUENTA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| CALIFICACION 1 - 2 | NO ACEPTABLE | LA ENTIDAD TOMA LA DECISIÓN DE NO TENER PARA FUTURAS CONTRATACIONES |

OBSERVACIONES: SE HACE REINTEGRO POR \$1.923.241, POR TERMINACION DEL PLAZO DEL CONTRATO E INICIO DE NUEVO PROCESO DE CONTRATACION

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|-------|--|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | FIRMA | |
|-----------------------|----------------------------|-------|--|

