ALCALDÍA DE FUNZA	FORMATO RE-EVALUACIÓN DE PROVEEDORES
	02-PRP-SGC-FR-12

CONTRATO No.	DC-0071-2025		**FECHA DEL CONTRATO**	07/11/2025			
OBJETO DEL CONTRATO	REALIZAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE FUNZA.						
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA						
NIT:	832010436-9		**TELEFONO**	601-3558420			
FECHA DE LA EVALUACION	26/03/2026		**PERIODO EVALUADO**	**DEL** (11-11-2025) **AL** (25-03-2026)			

CRITERIOS BASICOS		**DESCRIPCION DELO CRITERIOS DE EVALUACION**	**PUNTAJE RANGO ENTRE**	**Y**	**VALOR**
CUMPLIMIENTO	TIEMPO	Entregó dentro del plazo inicialmente establecido.	9	15	
		Fue necesario modificar el cronograma, plazo (Prorroga).	1	8	
		No cumplió dentro del plazo (inicial y prórroga)	0		12
	SERVICIO	Entrego la totalidad pactada en el periodo	9	15	
		Entrego parcialmente lo pactado para el periodo	1	8	
		No realizo entregas dentro del periodo pactado	0		12
CALIDAD	CONFORMIDAD	Cumple con las especificaciones pre establecidas	7	12	
		Rechazo parcial. No cumple con algunas especificaciones	1	6	
		Rechazo total. No cumple con las especificaciones	0		10
	FUNCIONALIDAD	No se ha presentado servicio o producto defectuoso	7	12	
		Parte del servicio o producto contiene defectos.	1	6	
		Todo el servicio o bienes, se encuentra defectuoso.	0		9
OPORTUNIDAD	REQUERIMIENTO	No se han presentado requerimientos	14	22	
		Los requerimientos fueron atendidos oportunamente	5	13	
		Fue necesario volver a requerir para lograr solución	1	4	
		No se atendieron los requerimientos presentados.	0		18
GESTION	EFECTIVIDAD	Los documentos se entregaron completos dentro de las ocho horas hábiles siguientes al cierre del periodo	11	20	
		Los documentos se entregaron completos después del primer (1) día hábil siguiente al cierre del periodo.	1	10	
		Se juntaron dos o más cortes periódicos por la falta de documentos completos del contratista	0		16
	LEGALES	No se solicitaron trámites jurídicos, sobre sanciones	1	4	
		Se tramito solicitud sobre sanciones al contratista.	0		4
PUNTAJE MAXIMO 100			**TOTAL, PUNTAJE**		81
OBSERVACIONES:					

Excelente (81-100)__X__ Bueno (61-80)____ Regular (41-60) ____ Deficiente (21-40)___ Malo (0-20)____

Nombre del supervisor:	Norma L. Cardozo Agudelo	
Cargo:	Secretaria de Salud	Firma del supervisor

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Ana Isabel Jiménez Gordillo	Laura Daniela Pinzón Jiménez	Norma L. Cardozo Agudelo