CODIGO: C-F-41	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL San Rafael
VERSION: 03	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES PARA SUMINISTRO	FECHA:05/11/2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA	OSTEOCOL S.A.S				
NIT O C.C.	900303413	FECHA DE EVALUACIÓN	D	M	A
			31	12	2025
No. DEL CONTRATO	653				
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DEL 16 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025				
OBJETO DEL CONTRATO	SUMINISTRO DE CONSUMIBLES DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA, MICROSCOPIO, ARTROSCOPIO, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA CRANEOPLASTIAS ARTROPLASTIAS, ARTRODESIS, REDUCCIONES CERRADAS Y ABIERTAS EN LAS ESPECIALIDADES EN NEUROCIRUGIA, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA VASCULAR, OTORRINOLARINGOLOGIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL, CIRUGIA DE TORAX Y ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL				
CARGO DEL SUPERVISOR	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD				

SISTEMA DE PUNTUACIÓN		
	1	Nunca
	2	Casi siempre
	3	Siempre

		CALIF 1-3
MARCA O CONDICIONES	Que el bien que se está entregando, cumple o es superior con lo solicitado en la invitación	3
GARANTIA	Cubrimiento y suficiencia de las garantías	3
CALIDAD DEL BIEN O SERVICIO	Evalúa la satisfacción de las necesidades y expectativas que el usuario o cliente tiene del bien y/o servicio adquirido	3
TIEMPO DE ENTREGA	Que cumple con los términos establecidos en el contrato y en los estudios previos, se evalúa la entrega puntual de los bienes o servicios adquiridos	3
RESPUESTA A PETICIONES DE OFERTA	Con que prontitud atiende las solicitudes que se presentan dentro de la ejecución contractual.	3
CALIDAD DEL SERVICIO	El producto recibido, por cualquier concepto de contrato de servicios, se ajustan a las exigencias del mismo	3
RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	El contratista da respueta a los requerimientos presentados y resolviendo de fondo lo solicitado por ellos	3

EVALUACION DEL PROVEEDOR = TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS (0) / TOTAL DE PUNTOS POSIBLES (21) X 100 = **0**

MUY BUENO	100	CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (7)
BUENO	85	
REGULAR	70	
MALO	59	CALIFICACION

OBSERVACIONES	
FIRMA:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:	ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
CARGO:	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
FIRMA:	
NOMBRE DEL PERSONAL QUE ELABORO EL DOCUMENTO	LIDIA YANNETH PEREZ RODRIGUEZ
CARGO:	COORDINADORA SALAS DE CIRUGIA-APOYO A LA SUPERVISION