ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN JURIDICO ADMINISTRATIVA GESTION CONTRACTUAL	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) **REVALUACIÓN DE PROVEEDORES**	MAJA01.04.04.18.P01.F01	
		VERSIÓN	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	01/oct/2019

1. INFORMACION GENERAL					
ORGANISMO:	DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI - UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS				
ORDEN DE COMPRA / CONTRATO / CONVENIO No.:	4182.010.26.1.515-2020	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	DIA	MES	AÑO
			22	11	2020
VALOR:	SEIS MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE (6.206.822)				
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS.				
CONTRATISTA/ASOC	VALERIA CADAVID ANDRADE				
IDENTIFICACIÓN:	1.107.079.541				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARCO AURELIO VERA DIAZ				

2. CRITERIOS DE EVALUACION					
Criterios de evaluación	Variables de evaluación	Puntaje Maximo		Puntaje Obtenido	
Cumplimiento de las especificaciones técnicas o de calidad	Cumplimiento del objeto y alcance	60	30	30	60
	Cumplimiento de las especificaciones técnicas		15	15	
	Calidad de los bienes y/o servicios y/u obras		15	15	
Cumplimiento en el plazo de entrega	Cumplimiento en los plazos establecidos de entregas	10	10	10	10
Cumplimiento de aspectos administrativos	Entrega oportuna de las garantías y requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato	30	10	10	30
	Respuesta oportuna a los requerimientos del supervisor		10	10	
	Cumple con el pago oportuno de los salarios, prestaciones sociales y seguridad social (cuando aplique)		10	10	
TOTALES		100	100	100	
NIVEL DE CUMPLIMIENTO				Satisfactorio	
Justificación de la calificación de variables con puntaje igual a cero (0):					

3. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
VEL DE CUMPLIMIEN	RANGO DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL	DESCRIPCIÓN
Satisfactorio	Mayor o igual que 90 Menor o igual que 100	El Contratista cumplió con los requisitos exigidos asegurando el logro del objeto contractual.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde

Aceptable	Mayor o igual que 75 Menor que 90	El Contratista cumplió con los requisitos exigidos asegurando el logro del objeto contractual, con oportunidades de mejora.
Insatisfactorio	Mayor o igual que 65 Menor que 75	El Contratista incumplió algunos de los requisitos exigidos, poniendo en riesgo el logro del objeto contractual.
Muy Insatisfactorio	Menor que 65	El Contratista incumplió con lo definido en el pliego de condiciones materializando riesgos o impidiendo el logro del objeto contractual en términos de calidad y oportunidad.

4. RECOMENDACIONES AL CONTRATISTA	
N/A	Mejorar la oportunidad de respuesta a los requerimientos del Supervisor
N/A	Mejorar los tiempos de entrega de los bienes o servicios
N/A	Mejorar la calidad de los bienes y/u obras y/o servicios suministrados
N/A	Mejorar los tiempos de entrega de facturas, soportes de facturas y documentos de carácter adminis
N/A	Mejorar las competencias del personal asociado al contrato
N/A	Mejorar la presentación de los documentos que se entregan a la Entidad.
	Otro(s): N/A

5. FIRMAS RESPONSABLES

MARCO AURELIO VERA DIAZ
NOMBRE Y FIRMA DEL ORDENADOR DEL GASTO

Elaboró: MARCO AURELIO VERA DIAZ
Nombre y firma del supervisor
Fecha de elaboración: ENERO 31 DE 2020

Informado: VALERIA CADAVID ANDRADE
Nombre y firma del contratista

Fecha de comunicación: FEBRERO 09 DE 2021

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1107079541
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VALERIA CADAVID ANDRADE
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 42 # 13-65	TELÉFONO:	3364058
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7771416860**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		814037928

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 198.700
SUBTOTAL:			1	**$ 198.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 155.200
SUBTOTAL:			1	**$ 155.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.500
SUBTOTAL:			1	**$ 6.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 360.400**