

 		Formato Evaluación de Proveedores de Servicios	
Procedimiento Adquisición de Bienes o Servicios y Selección, Evaluación y Reevaluación de Proveedores			
Código: JU-FR-44	Vigente desde: 2026-02-16		Versión: 001
Proceso Evaluador	Fecha de evaluación		(aaaa-mm-dd)
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Nombre / Razón Social			
C.C. / Nit.			
Objeto Contractual			
Nº de contrato			
Durante la ejecución del contrato, de manera trimestral el supervisor realizará la evaluación del cumplimiento a cabalidad del objeto contratual, de acuerdo con los siguientes criterios definidos en la presente evaluación de proveedor.			
EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR			
Responda cada una de las siguientes pregunta de 1 a 5: 1 - Deficiente: No cumple con los requisitos mínimos 2 - Regular No cumple con lo esperado presenta fallas significativas. 3 - Necesita Mejorar: Cumple mínimamente, requiere mejoras sustanciales. 4 - Bueno: Cumple con lo esperado de manera satisfactoria. 5 - Sobresaliente: Desempeño excepcional y consistente.			
Criterio a evaluar	Peso%	Calificación	Puntuación Ponderada
Calidad del servicio prestado (cumplimiento de especificaciones técnicas y normativas).	25%	5	1,25
Cumplimiento en la entrega de cantidades y/o ejecución de las actividades de servicios conforme a lo solicitado (frecuencia y/o horarios pactados)	25%	5	1,25
Gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST), cumplimiento permanente de todas las condiciones normativas y las establecidas en el contrato y cumplimiento de obligaciones laborales con sus dependientes.	20%	5	1
Interrumpe del servicio de manera unilateral que afectan la operación del Hospital	15%	5	0,75
Garantiza la atención y solución eficiente a solicitudes, quejas y reclamos.	10%	5	0,5
Presenta las facturas de manera oportuna y conforme a los plazos, condiciones y soportes establecidos.	5%	5	0,25
Puntaje total	5,0	Calificación	Aceptable
CALIFICACIÓN DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES			
Intervalo de calificación	Calificación cuantitativa	Acciones	
<= 3,5	Incumplimiento Grave	Se considera incumplimiento grave y se procederá a aplicación de las sanciones, plan correctivo y de mejora inmediato no mayor a un mes, en el caso de no presentar plan mejora o en el seguimiento al mes no se evidencie la solución a los incumplimientos se procederá a la terminación del contrato y la imposibilidad de ser seleccionado y contratado en futuros procesos de selección.	
3,6 - 4,4	Plan de mejora	Se considera incumplimiento, por lo cual el contratista deberá formular plan de mejoramiento para aprobación del Hospital y su posterior ejecución las cuales se deben ejecutar en un periodo no mayor a tres meses y demostrar el mejoramiento, en el caso de no presentar mejora en el seguimiento realizado por el Hospital se procederá a aplicación de las sanciones y plan correctivo y de mejora inmediato no mayor a un mes, en el caso de no presentar plan mejora o en el seguimiento al mes no se evidencie la solución a los incumplimientos se procederá a la terminación del contrato y la imposibilidad de ser seleccionado y contratado en futuros procesos de selección.	
4,5-5	Aceptable	Se considera aceptable para la Institución cumple con las condiciones contractuales y en aquellos criterios en los cuales presente baja calificación deberá formular plan de mejoramiento para aprobación del Hospital y su posterior ejecución las cuales se deben ejecutar en un periodo no mayor a tres meses y demostrar el mejoramiento en los puntajes obtenidos en la siguiente evaluación.	
FIRMA DE QUIEN EVALUA _____		FIRMA DEL EVALUADO _____	
NOMBRE DE QUIEN EVALUA _____		NOMBRE DE QUIÉN ESTA EN REPRESENTACION DEL CONTRATISTA _____	
CARGO _____		CARGO _____	