|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre o Razón Social Proveedor: | |  | | | C.C. o Ni: |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Correo electrónico proveedor: | |  | | |  | Día | Mes | | Año |
| Contrato/Orden No: | |  | Fecha de la evaluación: | | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Objeto Contractual: |  | | | | | | | | |
| Los siguientes son los criterios para realizar la evaluación del proveedor por servicio postventa: | | | | | | | | | |
| **SERVICIO POSTVENTA BIENES O SERVICIOS** | | | | | | **Cumple** | | **No Cumple** | |
|
| **Calidad del producto** | ¿El proveedor cuenta dentro de su estructura organizacional con un canal del servicio al cliente? | | | | |  | |  | |
| ¿La atención a las inconformidades comunicadas por el Supervisor y/o Interventor fueron atendidas de manera oportuna? | | | | |  | |  | |
| ¿La solución planteada por el proveedor resultó efectiva? | | | | |  | |  | |
| **Observaciones:** |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** | | | | | | | | | |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** | | | | | | | | | |
| **Correo Electrónico del Supervisor y/o Interventor:** | | | | | | | | | |
| **RANGO DE CALIFICACIÓN:** | | | | En caso de cumplir con dos o más de los criterios, la calificación será Satisfactoria, en caso contrario se tomará como No Satisfactoria | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  | |  | | |
| **Imprimir dos (2) copias, una que reposa en la orden o contrato y otra que debe ser entregada al Ordenador del gasto para ser remitida al Grupo de Contratación.** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | | |