


Encabezado General		A. Nombre del Formato:		
		ENTREGA-RECEPCION DE BIENES Y/O SERVICIOS		
F-22-01-R1;210817		B. Código/Revisión; Fecha:		F-16-019-R3;060519
Datos para los Registros (Evidencia):		C. Página		1
D. Fecha de elaboración:		20 DE OCTUBRE DE 2020		E. Periodo al que se aplica: SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2020

1. No. de contrato o pedido	CON/RM/LP/IP.72/20	2. No. de requisición	
3. Nombre del Proveedor y/o Prestador de Servicio	GRUPO TASCOTT S.A DE C.V.		
4. Nombre del usuario :	LIC. MARISOL OLVERA GARRIDO		

5. PARTIDA	6. BIEN O SERVICIO	7. DESCRIPCION	8. NOMBRE, FIRMA Y FECHA
			Se recibe de entera conformidad el (los) bien(es) y/o servicio(s) de acuerdo a lo solicitado en el contrato y/o pedido enunciado en el punto
54104	ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y DE LABORATORIO	ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y DE LABORATORIO	LIC. MARISOL OLVERA GARRIDO

9. NOTA:

EVALUACION DEL PROVEEDOR

10. Nombre del Proveedor	GRUPO TASCOTT S.A DE C.V.
11. Periodo o fecha de evaluación	SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2020
12. Bienes o servicios adjudicados	ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO Y DE LABORATORIO

Pond. %	Aspectos a evaluar	13. Nivel de satisfacción:			14. Calificación				
		Baja	Mediana	Óptima	Parcial				Única o Total
					1	2	3	4	
10	Envío oportuno de cotizaciones, confirmaciones de pedido y justificaciones solicitadas.	0	0.5	1				1	1
20	Cumplimiento del tiempo acorde para la entrega.	0	0.5	1				1	1
20	Entrega de cantidad recibida vs. cantidad solicitada.	0	0.5	1				1	1
25	Los bienes y/o servicios cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas.	0	0.5	1				1	1
10	Los productos están debidamente identificados y marcados.	0	0.5	1				1	1
15	Comunicación y respuesta oportuna respecto a las compras (servicio técnico, quejas, reclamos, garantías, devoluciones).	0	0.5	1				1	1

100	15. CALIFICACIÓN TOTAL		LIC. MARISOL OLVERA GARRIDO						
	16. Puntaje obtenido		17. Nombre y Firma del solicitante						
	80 - 100% Confiable								
	60 - 79% A mejorar								
	0 - 59% Rechazado								

18. EVIDENCIAS DEL DESTINO FINAL DEL BIEN O SERVICIO	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Ver listado'
--	----	----	-------------------------------------	--------------

19. Descripción de la evidencia	Resguardo
20. Área y nombre del responsable de conservar la evidencia	Lic. Marisol Olvera Garrido Coordinación de Enfermería
21. Fecha de disponibilidad de evidencia	
22. Firma del responsable de conservar la evidencia	