|  |  |
| --- | --- |
| Razón Social: | NIT: |
| Dirección: | Teléfono: |
| Contacto: | Celular: |
| Correo Electrónico: | Fecha: |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de servicio o producto ofrecido |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTA** | **RESPUESTA** | **DESCRIPCIÓN** | **OBSERVACIONES**  |
| ¿Realiza actividades de control de BPM? ¿Qué actividades de control Realiza? |  |  |  |
| ¿Cuenta con procedimiento de limpieza y desinfección de áreas de trabajo?Descríbalo. |  |  |  |
| ¿Tiene procedimiento establecido para tratar las PQRS? ¿Como? |  |  |  |
| ¿La empresa ha recibido visitas de entes de control en el último año? ¿Cuáles? |  |  |  |
| ¿La empresa paga de forma cumplida la seguridad social de sus trabajadores? ¿A través de que operador? |  |  |  |
| ¿La empresa ofrece servicio detransporte de mercancía? |  |  |  |
| ¿Cuenta con vehículos para ello o Subcontrata? |  |  |  |
| ¿Tiene establecido procedimiento para el control y disposición del producto No Conforme? |  |  |  |
| ¿La empresa tiene implementado el Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo? Describa enobservaciones el % de avance. |  |  |  |
| ¿La empresa cuenta con el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo- firmado por el empleador y el responsable del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo? |  |  |  |
| ¿La empresa cuenta con matriz de riesgos de seguridad y salud en el trabajo? Describa los riesgos de mayorimpacto y sus controles. |  |  |  |
| ¿La empresa cuenta con el cronograma de capacitación anual, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes y contratistas? |  |  |  |
| ¿Evalúa la satisfacción del cliente?¿Cómo? |  |  |  |
| ¿Cumple con las especificaciones técnicas requeridas de nuestro producto? |  |  |  |
| ¿Cuenta con certificado o sistema de gestión de la calidad? |  |  |  |
|  ¿Los tiempos de entrega se ajustan a las necesidades de la empresa? |  |  |  |
| ¿Posee servicio postventa que garanticen la satisfacción permanente de nuestras necesidades? |  |  |  |
| TOTAL | **0%** |

|  |
| --- |
| **¿La empresa se encuentra certificada? /¿En qué área?/¿Cuál norma?/ Describa Respuesta?** |
|  |

**ELABORADO POR:** (Representante del proveedor Nombre, Cargo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ESPACIO EXCLUSIVO PARA INTERMODAL S.A.S** |
| Resultado de la Evaluación: |  |
| Aspectos positivos: |  |
| Aspectos a Fortalecer: |  |
| Observaciones:  |  |

|  |
| --- |
| **ESPACIO EXCLUSIVO PARA INTERMODAL S.A.S** |
| Verificado por(nombre): | Fecha (dd-mm-aaaa): |
| Cargo:  | Firma: |