


Anexo 1. Formato evaluación Proveedor

	DENT_PROV_ EVA	FORMATO DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	01-JUL- 2017
Nombre del Proveedor:			
Lugar de residencia y dirección del proveedor			
Teléfono de contacto de proveedor			
Correo electrónico de contacto con el proveedor			
Día de la evaluación: (dd-Mmm-Aaaa)			
Servicios / Productos ofrecidos por el proveedor:			
Tipo de visita al proveedor: <input type="checkbox"/> En el sitio <input type="checkbox"/> Videoconferencia <input type="checkbox"/> Teleconferencia			
Personal que atiende por parte del proveedor (<i>nombre y cargo</i>): _____ _____			
Personal que atiende por parte de DENTALIFE (<i>nombre y cargo</i>): _____ _____			
La siguiente información fue discutida / revisada con el personal que atiende por parte del proveedor			
Revisión de procesos:	Si	No	N/A
Uso apropiado de los aplicativos de DENTALIFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalamiento de Problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calidad	Si	No	N/A
Sistema de calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métricas de Calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan continuidad del negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manejo de desviaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planes correctivos y preventivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalamiento de inconvenientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnología / Bases de Datos	Si	No	N/A
Conectividad / Infraestructura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servidores / Sistemas / Telecomunicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad en los sistemas (dominio / cuentas / contraseñas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herramientas de trabajo / bases de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal / Entrenamiento	Si	No	N/A
Cumplimiento de entrenamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestro entrenamiento por cada persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de entrenamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hojas de Vidas / Descripción de cargos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organigrama actualizado / Control de Cambios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lista del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión General:	Si	No	N/A
Documentos legales al día / Contrato firmado vigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de accesos a personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Políticas y procedimientos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios			
Nombre y cargo e la persona que revisa: (Primer nombre y primer apellido)	Firma:	Fecha Reporte: (dd-Mmm-Aaaa)	