



### Evaluación a Proveedores



Razón Social : \_\_\_\_\_  
Antigüedad de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Personal de Contacto: \_\_\_\_\_  
Producto Suministrado \_\_\_\_\_  
Local: Propio \_\_\_\_\_ Rentado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

- 1.- Fabricante \_\_\_\_\_ Distribuidor \_\_\_\_\_
- 2.- Maneja stock para entrega inmediata? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 3.- Cumple satisfactoriamente con los tiempos entrega pactados? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 4.- Los productor y servicios que ofrece tienen garantía? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 5.- La calidad y el precio de los productos son competitivos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 6.- Cuenta con infraestructura de Servicio al Cliente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 7.- Cuenta con servicio a domicilio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 8.- Tiene metodología para revisar los pedidos de sus clientes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 9.- Como programa los requerimientos en su proceso  
Programa de producción \_\_\_\_\_ Inventario P.T \_\_\_\_\_ Programa con su proveedor \_\_\_\_\_  
Día \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_
- 10.- Como recibe las peticiones de compra?  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Orden de compra \_\_\_\_\_ Otro, especifique \_\_\_\_\_
- 11.- Tiene control en sus procesos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 12.- Dentro de su sistema de calidad incluye:  
Todos los procesos \_\_\_\_\_ Algunos procesos \_\_\_\_\_ Solo determinados productos \_\_\_\_\_



## Evaluación a Proveedores



13.- Su control sobre las quejas del cliente, ¿Cómo es?

---

---

14.- Tiene un programa de mantenimiento preventivo y correctivos a sus equipos y herramientas de trabajo? \_\_\_\_\_

15.- Tiene un programa sobre la mejora continua? \_\_\_\_\_

16.- Tiene certificados sus procesos? \_\_\_\_\_

---

---

17.- Su personal recibe capacitación y adiestramiento? \_\_\_\_\_

18.- Observaciones o sugerencias a la Facultad de Medicina? \_\_\_\_\_

---

---

### CONCLUSIONES DE LA EVALUACION

Es Proveedor confiable? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma



Universidad Autónoma de Chihuahua

Facultad de Medicina

## Evaluación a Proveedores

