| | |
|---|---|
| | **PLANILLA DE EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO Nº 02/2020** |
| **DATOS DEL CONTRATO** | |
| **Proveedor Adjudicado** | SANTA CLARA SA |
| **Contrato Nº** | 02/2020- PLURIANUAL 2021 |
| **Fecha de Contrato** | 05 de noviembre de 2020.- |
| **ID Nº** | 385.860 |
| **Nombre de la Convocatoria** | Seguro Médico para Funcionarios |
| **Administrador del Contrato** | Dirección de Gestión de Personas |
| **REQUISITOS DEL CONTRATO** | |
| **Periodo del Control** | JULIO/2021 |
| **Cantidad de Titulares/Funcionarios** | 24 |
| **la Prestadora ha cumplido con las Condiciones establecidas en el contrato** | si__X__ no _____ |
| **Comentarios Adicionales** | Ninguno |
| **Firma y sello del administrador de contrato** | LIC. EDGAR JAVIER MEDINA<br>Dirección de Gestión y Desarrollo de las Personas-FONDEC |