



Fecha			Tipo de Actividad					SIPAB No. Cronograma		Secuencia	
DD	MM	AAAA	A	AT	C	SE	MT	M			
Empresa							Dirección				
NIT			Póliza				Correo Electrónico				
Ciudad / Departamento			Teléfonos		PLAN			Hora Inicio		Hora Salida	
Asesor Gestión del Riesgo			Nombre Proveedor		Código Proveedor			Nombre Profesional Proveedor			
Participantes ARL						Participantes Empresa					
Nombres			Cargo		Nombres			Cargo			
Actividad a realizar			Temas desarrollados en la actividad								
Decisiones y/o compromisos adquiridos							Responsable(s)		Fecha		

**Decisiones y/o compromisos adquiridos**

**Responsable(s)**

**Fecha**

**Observaciones y sugerencias**

**¿Próxima reunión?**

**Tema**

**Fecha**

**Hora**

SI  NO

DD

MM

AAAA

Califique de 1 a 5 siendo 1 la calificación más baja y 5 la más alta los siguientes atributos.

**Amigable** 1  2  3  4  5

El servicio recibido o asesoría prestada generaron experiencias de amabilidad, comunicación abierta y estable.

**Confiable:** 1  2  3  4  5

El servicio recibido tuvo coherencia, respuesta efectiva y veraz además de cumplir con los acuerdos de servicio y/o asesoría en el proceso.

**Sencillo:** 1  2  3  4  5

El lenguaje fue sencillo, innovador con procesos mas ágiles, usando el conocimiento propio del servicio o asesoría.

Su respuesta contribuye al mejoramiento continuo de nuestros servicios. Gracias.

SU FIRMA NOS ASEGURA  
QUE TODO LO CONSIGNADO  
EN ESTE FORMATO ES VERAZ

\_\_\_\_\_  
FIRMA EMPRESA

\_\_\_\_\_  
FIRMA ARL