



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 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>	El servicio recibido o asesoría prestada generaron experiencias de amabilidad, comunicación abierta y estable.
Confiable:	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>	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