



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.

<b>Amigable</b>	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.
<b>Confiable:</b>	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.
<b>Sencillo:</b>	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