31-01-2021 orden 314

AXA COLPATRIA

RECIBO A SATISFACCIÓN UNIDAD DE PREVENCIÓN Y SERVICIOS ARL AXACOLPATRIA

(aplica para material de divulgación y material POP)

Apreciado Empleador,

Recuerde que los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales tienen el carácter de dineros públicos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 83 del Decreto 1295 de 1994. Debido a esto usted es responsable de verificar la adecuada destinación de los recursos y la efectiva realización de las actividades, programas, campañas y acciones de educación y prevención programados por la Administradora de Riesgo Laborales en su Empresa. Tenga en cuenta que las Administradoras de Riesgos Laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador.

Antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente para evitar la no aceptación del mismo:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la unidad de prevención y servicios.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- El diligenciamiento, sello y la firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad por el responsable del SGSST de la empresa/cliente.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias en el contenido de la información.

ORDEN DE SERVICIO: _____

FECHA Y HORA INICIO DE LA ACTIVIDAD: _____ FECHA Y HORA FIN DE LA ACTIVIDAD _____

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) El Aguila Cra 3 # 13-21

NOMBRE DE LA EMPRESA AFILIADA: Hospital San Rafael

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) N/A

NOMBRE DEL PROVEEDOR: Biopharma Medical

NIT PROVEEDOR: _____

PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____

N° CC-PROFESIONAL: _____

N° LICENCIA-PROFESIONAL _____

Con el fin de detallar el servicio prestado por favor diligenciar los siguientes campos de la actividad:
(Detallar brevemente la actividad que realizo en la empresa especificando el tipo de servicio)

Actividad Realizada (Detallar)	Entrega EPP; guante latex Cja x 100 un
Número de Asistentes (si aplica)	

Es interés de ARL AXA COLPATRIA, conocer su opinión para reforzar los aspectos positivos de la actividad e identificar las oportunidades de mejora. Por lo tanto, por favor solicitamos evaluar en general el servicio recibido por el proveedor, por favor tener en cuenta aspectos como: puntualidad, dominio del tema, manejo del grupo, cumplimiento de objetivos, recursos utilizados, entrega oportuna del informe técnico, atención de personal y otros aspectos que crea importantes para tal evaluación.

A continuación, encontrará la escala de evaluación:

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente

Tiempo y/o unidades efectivas de la actividad: (Por favor especificar la cantidad dependiendo de la actividad realizada y la orden de servicio asignada)

☐ Horas _____ ☒ Unidades 1 x 100

☐ Conforme ☐ No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Asesor/líder prevención/líder pic/)

NOMBRE: Marina Giral

C.C.: 25 102 917

CARGO: Aux Admon

TELFONO: _____

BIOPHARMA MEDICAL GROUP S.A.S

Cliente:	HOSPITAL SAN RAFAEL ESE/Ruth Edilma Valdés Pulgarín
Telefono:	3206550801
Direccion:	KRA 3 NO 13 21

REMISION DE DESPACHO

DESCRIPCION DEL PRODUCTO	PRESENTACION	TALLA	CANTIDAD DESPACHADA
GUANTES DE LATEX	CAJA X 100	M	1

ATENTAMENTE

BIOPHARMA MEDICAL GROUP S.A.S
NIT: 900.819.197-3
Cel:. 3183801437

DAYANA CHAPARRO

RECIBIDO POR:

_____