

RECIBO A SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN ARL AXA COLPATRIA

Apreciado cliente antes de diligenciar este documento por favor tener en cuenta lo siguiente:

- Este formato debe ser diligenciado en su totalidad por la empresa beneficiaria y/o usuaria de recibir el servicio.
- Este soporte se considera un requisito ineludible para que el proveedor le sea posible facturar.
- La firma de este soporte implica aceptación y satisfacción de la actividad o servicio.
- Debe ser legible, diligenciado manualmente en su totalidad.
- No debe presentar enmendaduras, tachones, ni presentar inconsistencias.

ORDEN DE SERVICIO: _____

FECHA DE LA ACTIVIDAD: _____ HORA INICIO: _____ HORA FINAL: _____

CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) _____

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____

PROFESIONAL - EXPOSITOR: _____

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)	_____

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, 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)

☐ Horas _____ ☐ Unidades _____

Si la actividad requiere la entrega de informe por favor especificar si se recibió:

☐ Conforme ☐ No Conforme

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ (Responsable de SG-SST de la empresa y/o funcionario designado por la empresa)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

CARGO: _____

TELFONO: _____

SELLO
EMPRESA

Si la empresa maneja sello, no se acepta sellos de "recibido para estudio", si por lo contrario, la empresa no cuenta con sello, por favor diligenciar en el espacio destinado para tal fin "No contamos con sello".