

**ACTA DE REUNIÓN**

Versión:	1
Código:	NA
Fecha:	07/02/2017

# DE ORDEN DE SERVICIO SEQ: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

HORA INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_ TOTAL HORAS: \_\_\_\_\_

LUGAR DE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

TIPO DE SERVICIO PRESTADO: ☐ Consultoría ☐ Capacitación ☐ Auditoría ☐ Visita ☐ Otros, Cual?**PARTICIPANTES**

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA

**ASPECTOS TRATADOS**

Califique de 1 a 5 el presente servicio, en donde 1 es la más baja puntuación y 5 la más alta.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Observaciones del servicio: