

**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: 10742  
FECHA DE LA ACTIVIDAD: 12/6/17 HORA INICIO: 9:00am HORA FINAL: 6:00 pm  
CIUDAD Y LUGAR: (donde se desarrolló la actividad) Bogotá  
NOMBRE DE LA EMPRESA: VIA Ingeniería  
NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA: (si aplica) -  
NOMBRE DEL PROVEEDOR: SEA CONSULTORES  
PROFESIONAL - EXPOSITOR: M. del Pilar Ochoa

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

Actividad Realizada (Detallar)	<u>Se revisa y actualiza Matriz de Requisitos legales en Seguridad y Salud en el trabajo</u>
Número de Asistentes (si aplica)	<u>N/A</u>

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 10H ☐ Unidades \_\_\_\_\_

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

☒ Conforme ☐ No Conforme

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA: APRIL POCIO OCHOA (Responsable de SG-SST de la empresa y/o funcionario designado por la empresa)  
NOMBRE: APRIL POCIO OCHOA  
C.C.: 63523640  
CARGO: COORDINADORA HSE  
TELÉFONO: 3124817467

