POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	**PROCESO:** GESTIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	**Código:**	MIS_5_3_2_FR40
	FORMATO ACTA DE ASESORÍA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	**Versión:**	2
		Clasificación:	Pública
		Fecha:	2021/12/28

Aprobó	Revisó	Elaboró
Camilo Eusebio Gómez Cristancho Vicepresidente de Promoción y Prevención	Carmen Felipa Caselles Líder SIG	Carmen Felipa Caselles / Andrés Leonardo Tovar Rivera Profesional Especializado

x **ASESORÍA ESPECÍFICA**

Fecha	Hora inicio	Hora finalización	Horas totales
Agosto 21 de 2025	2:00	3:00	1

☐ **ASESORÍA POR PROYECTO**

Mes	Año

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social	Tipo de Documento	Número de Documento
SECRETARIA JURIDICA DISTRITAL	NIT x C.C. ☐ C.E. ☐	89999906119

Dirección donde se realiza la asesoría	Ciudad / Municipio	Departamento
CARRERA 8 # 10-65	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C

Teléfono de contacto	Correo electrónico
601 3813000	lvgomezg@secretariajuridica.gov.co

TEMAS TRATADOS EN LA ASESORÍA

Código	Cantidad	Cobertura	Temas tratados en la asesoría
0-PB-PEE-AC-772	1	1	Asesoría y acompañamiento VIRTUAL Ejecutivo Integral del Servicio ¨POSITIVA TE ACOMPAÑA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

Se realiza reunión con la empresa con el objetivo de realizar el seguimiento al plan de trabajo concertado, se valida cada una de las actividades concertadas en el plan de trabajo revisando la ejecución hasta la fecha, la entidad informa que para las actividades de agosto no se ha recibido comunicación del proveedor para programar las pausas activas por lo que se solicita sean ejecutadas el 25 de agosto, se valida programación para el mes de septiembre requiriendo ejecución de capacitación en conservación auditiva, visual, pausas activas y la capacitación a la brigada de emergencias.
Se comparten acciones educativas semanales establecidas en el cronograma multimodal
Se brinda apoyo en la gestión de afiliaciones.

RESULTADO DE LA VISITA

¿La visita fue exitosa?	Si la respuesta es NO, indique el motivo	Si marcó reprogramación, indique la nueva fecha del servicio
X SI ☐ NO	☐ Cancelación de la empresa ☐ Reprogramación ☐ Otro motivo	

Si la visita NO fue exitosa, justifique el motivo

Calificación general de la calidad del servicio

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Deficiente

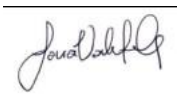
RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Nombre del responsable por la empresa
LAURA VALENTINA GOMEZ GUTIERREZ

Documento de identificación
1014198225

COORDINADORA BOGOTÁ

Firma



RESPONSABLE ARL
Nombre del responsable por la ARL

Nombre del responsable por la ARL
DIANA PATRICIA TOCANCIPA RUIZ

Documento de identificación	No. Licencia SST y fecha expedición
52063573	1012 Enero 23 de 2018 Renv

Cargo
Ejecutivo Integral de Servicios

Razón social (En caso de proveedor)
BELISARIO VELAZQUEZ Y ASOCIADOS SAS

Firma

