
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO	A-GRH-F-001
	FORMATO PARA LA FORMULACIÓN DE QUEJA QUE PUEDA CONSTITUIR ACOSO LABORAL	VERSIÓN	1
		FECHA	26/09/2019

1. INFORMACIÓN DE QUIEN FORMULA LA QUEJA.		
Nombre:		
Cargo:		
Área:		
Cédula de ciudadanía:		
Correo electrónico:		
Fecha de diligenciamiento:	DD/MM/AAAA	Hora:

2. INFORMACIÓN DE LA PRESUNTA QUEJA.					
<p><b>RELACIÓN DE LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DE LA QUEJA:</b> Se deben incluir todos los elementos en los que se identifiquen las circunstancias de sujeto (quién o quiénes), tiempo (cuándo), modo (cómo) y lugar (dónde).</p>					
<p><b>MODALIDAD DE PRESUNTO ACOSO QUE USTED CONSIDERA QUE SE ESTA PRESENTANDO:</b> (Señale con X)</p>					
Maltrato Laboral	<input type="checkbox"/>	Persecución Laboral	<input type="checkbox"/>	Discriminación Laboral	<input type="checkbox"/>
Entorpecimiento Laboral	<input type="checkbox"/>	Inequidad Laboral	<input type="checkbox"/>	Desprotección Laboral	<input type="checkbox"/>
<p><u>Otra modalidad, cuál:</u></p>					
<p><b>RELATO DE LOS HECHOS:</b></p>					
<p><b>FECHA:</b> Se viene presentando desde el DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA.</p>					

<b>ELABORÓ</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>REVISÓ</b>
CARGO: Comité de Convivencia Laboral	CARGO: Recursos Humanos	CARGO: Procuraduría

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO	A-GRH-F-001
	FORMATO PARA LA FORMULACIÓN DE QUEJA QUE PUEDA CONSTITUIR ACOSO LABORAL	VERSIÓN	1
		FECHA	26/09/2019

**NOTA:** Si se considera necesario el **Comité de Convivencia Laboral** podrá solicitarle posteriormente la ampliación de la información entregada en este formato.

3. PRESENTACIÓN DE PRUEBAS	
<u>Pruebas.</u> (Cuáles).	<u>Descripción:</u>
<u>Anexos.</u> (Mencione las pruebas que anexará a la presente queja).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>

Firma de quien presenta la queja:		Cédula de ciudadanía:	
-----------------------------------	--	-----------------------	--

4. CONSTANCIA DE RECIBIDO POR PARTE DEL SECRETARIO DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.			
Nombre del Secretario del Comité:		Firma:	
Nombre del trabajador que presenta la queja:		Firma:	
Fecha de recibido de la Queja:	DD/MM/AAAA	Hora:	

**Nota:** De este formato se debe imprimir 2 copias idénticas las cuales deben estar firmadas por el secretario y el empleado que presenta la queja.

5. CONTROL DE CAMBIOS		
GESTIÓN DE CAMBIOS		
FECHA( DÍA/MES/AÑO)	DESCRIPCIÓN	VERSIÓN
26/09/2019	Se define documento	Primera

<b>ELABORÓ</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>REVISÓ</b>
CARGO: Comité de Convivencia Laboral	CARGO: Recursos Humanos	CARGO: Procuraduría