DATOS DEL EMPLEADO QUE PRESENTA LA QUEJA
Nombre: _____
No. Identificación □ CC □ CE_____
Cargo: _____ Dependencia:_____
Correo electrónico:_____ Teléfono de contacto: _____

1. QUEJA:

DATOS DEL PRESUNTO ACOSADOR		
¿Quién(es) son las persona(s) la(s) que ejercen las conductas objeto de la queja?		
Nombre	**Cargo**	**Dependencia**

RELACIÓN DE LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DE LA QUEJA:
Deben incluirse todos los elementos en los que se identifiquen las circunstancias de sujeto (quién o quiénes), tiempo (cuándo), modo (cómo) y lugar (dónde).

2.SOPORTE DE LA SITUACIÓN (PRUEBAS)	
Describa el tipo de pruebas con las que cuenta para soportar el caso. En la medida de las posibilidades debe aportarlas con la presente queja.	
Pruebas testimoniales (Testigos de los hechos)	
Pruebas Audiovisuales (Grabaciones de voz, Videos, fotografías)	
Pruebas físicas (Cartas, Correos Electrónicos, anónimos)	

3.PRETENCIONES
¿Cuál es su intención al dar a conocer esta situación ante el comité?

4.AUTORIZACIONES			
1. **SI( ) NO( )** Autorizo expresamente al comité para que entregue copia de mi queja a la parte solicitada, con el fin de darle conocimiento de esta situación y así plantear soluciones al conflicto que se presenta. 2. **SI( ) NO( )** Autorizo expresamente al comité para que me envíe al correo registrado al inicio de este formato la información e invitaciones requeridas para el trámite de mi caso. 3. **SI( ) NO( )** Autorizo expresamente al comité para que de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 "por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013; para que el Comité de Convivencia Laboral de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD pueda hacer tratamiento y uso de mis datos personales. La E.S.E queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar la información suministrada, solo para aquellas finalidades para las que se encuentra facultado y respetando en todo caso, la normatividad vigente sobre protección de datos personales. Me han informado que tengo derecho a ejercer en cualquier momento la posibilidad de conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos personales en la base de datos de la E.S.E, cuando así lo estime conveniente.			
Día	Mes	Año	FIRMA:

- La queja presentada está soportada en las disposiciones establecidas en la Ley 1010 de 2006, la Resolución 2646 de 2008 y las Resoluciones 652 y 1356 de 2012 así como en las normativas institucionales de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD.
- El Comité de Convivencia Laboral agradece que usted haga uso del Comité para resolver las diferencias que se hayan podido presentar en su lugar de trabajo. Próximamente nos contactáremos con usted para dar inicio al trámite de su solicitud.