|  |  |
| --- | --- |
| cab | **COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL** **FORMATO PARA PRESENTAR QUEJAS SOBRE SITUACIONES QUE PUEDAN CONSTITUIR ACOSO LABORAL** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Radicación No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año | Mes | Día |

 | **Hora**  | **Firma del secretario** Este espacio es para ser diligenciado por el secretario del Comité de Convivencia Laboral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre:  |
| 1. **DATOS DEL TRABAJADOR QUE PRESENTA LA QUEJA**
 |
| Nombres y apellidos:  |
| Documento de identidad: |
| Dependencia: |
| Cargo: |
| Correo electrónico: | Numero de Celular: |
| 1. **DATOS DE LA(S) PERSONA(S) CONTRA QUIEN SE PRESENTA LA QUEJA**
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombres completos:  |  | Nombres completos: |  |
| Documento de Identidad: |  | Documento de Identidad: |  |
| Dependencia: |  | Dependencia: |  |
| Cargo: |  | Cargo: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |
| Celular: |  | Celular: |  |
| Nombres completos:  |  | Nombres completos: |  |
| Documento de Identidad: |  | Documento de Identidad: |  |
| Dependencia: |  | Dependencia: |  |
| Cargo: |  | Cargo: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |
| Celular: |  | Celular: |  |
| 1. **DESCRIPCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS O CONDUCTAS DE ACOSO LABORAL**
 |
| Describa todos los elementos en los que se identifiquen las circunstancias tiempo (cuándo), modo (cómo), lugar (dónde) y cualquier otra que considere pertinente. Si no le alcanza el espacio, puede continuar en documento anexo. De ser necesario el comité podrá solicitarle posteriormente la ampliación de la información ofrecida. |
| 1. **COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**
 |
| 1. ¿Cuándo ocurrieron los hechos?
 |
| 1. ¿Cada cuánto ocurren o se manifiestan las conductas o comportamientos referidos y en que contextos?
 |
| 1. ¿Alguien tiene o ha tenido conocimiento de los hechos (compañeros, jefes u otros)? En caso de que su respuesta sea afirmativa relacione los nombres de las personas
 |
| 1. ¿Percibe algún efecto en su salud y bienestar? En caso de que su respuesta sea SI, describa los efectos que usted percibe
 |
| 1. ¿Percibe algún efecto en el ambiente y cultura laboral?

 Sí No | En caso de que su respuesta sea SI, describa los efectos que usted percibe |
| 1. ¿Percibe algún efecto en la productividad suya y del área?

  Sí  No  | En caso de que su respuesta sea SI, describa los efectos que usted percibe |
| 1. **RELACIONE LAS PRUEBAS QUE SUSTENTAN LA QUEJA**
 |
| Las pruebas que se relacionan deben ser anexadas al presente formato |
| Nota: La normatividad exige que las conductas hayan ocurrido en forma repetida y que debe demostrarse por los medios establecidos por la ley. |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Firma del trabajador que interpone la queja** **Nombre:****Documento:** | **Fecha de diligenciamiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año | Mes | Día |

 |