|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | |