

| | | | |
|--|---|--|---|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) | | VERSIÓN 01 |
| | GESTIÓN EN SALUD, SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO | | FORMATO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (PQRS) |
| | | | CODIGO SST-FMHMDT-01 Página 1 de 1 |

| FORMATO DE PQRS | | | | | | |
|---|-------|---------|------------|--------------|--|--|
| Marque con una "X" en la casilla correspondiente a la diligencia que usted desea realizar | | | | | | |
| PETICIÓN | QUEJA | RECLAMO | SUGERENCIA | FELICITACIÓN | | |

| IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO* | | Personal Interno | Personal Externo | FECHA RADICACIÓN | | |
|---|--|------------------|------------------|------------------|------|-----|
| | | | | DÍA | MES | AÑO |
| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | | |
| CARGO | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | |
| E-MAIL | | | | TELÉFONO | | |
| **Si usted escribe en representación de una empresa o es una persona externa al colegio por favor incluya | | | | | | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | | | | | |
| RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA | | | | | | |
| NIT | | | | DIRECCIÓN | | |
| CARGO | | | | | ÁREA | |

| SI ES UNA SITUACIÓN O EVENTO REFERENTE A UN ELEMENTO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN LA FMHMDT, POR FAVOR RESPONDA: | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| LUGAR DONDE SE DIO LA SITUACIÓN O EVENTO | | | | | |
| DEPARTAMENTO O ÁREA RELACIONADA CON EL PQRS | | | | | |
| ELEMENTO(S) QUE GENERÓ SU PREOCUPACIÓN O MOLESTIA | | | | | |
| DE SER POSIBLE, INDIQUE INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL EVENTO | | | | | |
| (FECHA, HORA, LUGAR ESPECÍFICO, NOMBRE DE PERSONAS, ETC.) | | | | | |
| EN CUANTO A LAS CONSECUENCIAS DEL MISMO, USTED CREE QUE PUDIESEN HABER SIDO: | LEVES <input type="radio"/> | GRAVES <input type="radio"/> | MUY GRAVES <input type="radio"/> | IRREPARABLES <input type="radio"/> | NO LO SÉ <input type="radio"/> |
| ¿CÓMO PODRÍAMOS MEJORAR? | | | | | |

| ESPACIO EXCLUSIVO PARA PERSONAL ENCARGADO DE LA PQRS | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-------|--|
| FECHA DE RECEPCIÓN | DÍA | MES | AÑO | HORA: | |

* Sus datos permanecerán bajo reserva, pero son importantes para nosotros a fin de poder dar respuesta a su solicitud.