RADICACIÓN N°:
CIUDAD:

FECOLSA
Fondo de Empleados de Colsanitas

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

FORMATO INTERNO DE CONVIVENCIA LABORAL

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: ☐ C.C. ☐ T.I ☐ C.E.	NÚMERO:	TELÉFONO CELULAR:
PERSONAS INVOLUCRADAS:		

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.

3. ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN.

FIRMA

Anexe los soportes que considere pertinentes.