

Los asociados ¡son nuestra razón de ser!

Fecha: \_\_\_\_\_

Tache con una x si es: R:  S:  Q:  F:  SOLICITUD INF.:



Para nuestra organización sindical es muy importante conocer las condiciones en las cuales usted se encuentra laborando en la ESE Metrosalud.

Con el fin de conocer a tiempo las dificultades e inquietudes para buscarle una pronta y efectiva solución, el Comité de Quejas y Reclamos de ASMETROSALUD ha elaborado este formato, para recibir a tiempo sus quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los funcionarios de la ESE Metrosalud y en especial de todos nuestros afiliados.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anexo documentos (pruebas)

Funcionario Metrosalud: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono – Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Defender los Derechos Laborales, es Defender los Derechos Humanos**