fundación social
castillo san lucas

900119083-9

FORMATO DE RECEPCION DE LA QUEJA						
FECHA:	DIA		MES		AÑO	
Nombre del Empleado:						
Cargo:						
Jefe Inmediato						
Dependencia:						
DESCRIPCION DE LOS HECHOS						
PRUEBAS						
1.						
2						
3						
4						
5						
Nombre del funcionario sujeto a la queja						
Cargo:						
Jefe inmediato						
Dependencia						
Firma						
Cedula						
Fecha:						

Carrera 74I No.62 03 Sur/Bogotá
TEL 7829464
CEL 310 8195745
fundacastillolucas@yahoo.com