

**OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL
QUERELLA**

Nombre del(la) Empleado(a): _____

Área, Programa o División: _____

Teléfono o Extensión: _____

Situación Encontrada:
(fecha, hora, lugar, problema) _____

Explique: _____

Recomendación(es) al Comité de Salud y Seguridad:

(Para uso exclusivo de los Miembros del Comité)

Acción Tomada:

☐ Recibo de la querella	Fecha: _____
☐ Resuelto el problema	Fecha: _____
☐ No se puede resolver el problema	Fecha: _____
☐ Director(a) emitió directrices	Fecha: _____
☐ Otros	