



Sugerencia N° _____
TARJETA DE SUGERENCIAS COPAST
Fundación Gimnasio Moderno

1. INFORMACIÓN

Fecha: _____

Anexa fotos:

 SÍ NO

Reportado por: _____

Cargo: _____

2. CLASE DE SUGERENCIAInicial Recurrente

Nivel de criticidad:

 Alto Medio Bajo**3. DESCRIPCIÓN DE LA SUGERENCIA**

4. SOLUCIÓN Y/O RECOMENDACIÓN

ELABORÓGM-COORDINADOR QHSE
(RODRÍGUEZ MÁRQUEZ**,
ANDREA DEL PILAR (admin))**REVISÓ**GM-COORDINADOR QHSE (RODRÍGUEZ
MÁRQUEZ**, ANDREA DEL PILAR (admin))**APROBÓ**GM-PROCURADOR (URIBE
REYES, ANA MARIA)

¿Desea recibir nuestra respuesta vía mail?

Correo: _____

Espacio exclusivo para el COPASST
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo

5. REUNIÓN COPASST

Fecha: _____ Participantes: _____

Asignación área responsable: _____

Nivel de criticidad:

Acción de mejora sugerida: _____

_____**6. REUNIÓN CON ÁREA RESPONSABLE**

Fecha: _____ Participantes: _____

Acción de mejora sugerida: _____

Fecha de cumplimiento: _____

Fecha de cierre final: _____

ELABORÓGM-COORDINADOR QHSE
(RODRÍGUEZ MÁRQUEZ**,
ANDREA DEL PILAR (admin))**REVISÓ**GM-COORDINADOR QHSE (RODRÍGUEZ
MÁRQUEZ**, ANDREA DEL PILAR (admin))**APROBÓ**GM-PROCURADOR (URIBE
REYES, ANA MARIA)