

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
INSPECCION GENERAL DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FECHA:  CIUDAD:  ACTA:

NOMBRE EMPLEADOR: .....

DIRECCION: .....

NUMERO DE AFILIACION AL BPS:

NUMERO DE AFILIACION AL BSE:

NOMBRE TRABAJADOR/A:..... SEXO:.....

CEDULA DE IDENTIDAD:..... EDAD:.....

FECHA DE INGRESO:

SALARIO:

HORARIO DE TRABAJO:.....

CON RETIRO  SIN RETIRO

DESCANSO INTERMEDIO: LO GOZA  NO LO GOZA

DESCANSO SEMANAL:..... LO TRABAJA

**SIN RETIRO**

DESCANSO NOCTURNO: 9 HORAS ININTERRUMPIDAS

¿RECIBE ALIMENTACIÓN (desayuno – almuerzo – cena)? SI  NO

¿RECIBE HABITACIÓN PRIVADA (amueblada e higiénica)? SI  NO

¿TIENE COBERTURA MUTUAL? SI  NO

¿CUÁNTOS JORNALES TRABAJÓ EL MES ANTERIOR?.....

¿CUÁNTOS JORNALES TRABAJÓ EL MES ACTUAL?.....

¿LE ENTREGAN RECIBO DE SUELDO?..... MONTO:.....

¿GOZÓ LA LICENCIA?..... ¿CUANDO?..... ¿SE LA PAGARON?.....

¿COBRÓ EL SALARIO VACACIONAL?.....

¿HA HECHO USO DE ALGUNA LICENCIA ESPECIAL?..... ¿CUAL?.....

¿TRABAJÓ EL 19/08? SI  NO

¿LE ENTREGAN ROPA DE TRABAJO? SI  NO

OBSERVACIONES: .....

.....

TRABAJADOR

INSPECTOR