|  |
| --- |
| **ACTA DE INSPECCIÓN LABORAL**  **JEFATURA DEPARTAMENTAL / REGIONAL DE TRABAJO………..**Memorándum **MTEPS…………….……./20…** |
| En cumplimiento a Memorándum **………………..…… /20…..**, emitido por la Jefatura Departamental / Regional de Trabajo ………………, una vez constituido (a) en instalaciones de la Empresa o Establecimiento Laboral ………………………………..………………….......................... se procedió a realizar **INSPECCIÓN LABORAL,** de la cual se evidencia y establece lo siguiente:  |
| Lugar y Fecha:………………… | Hora de inicio de la Inspección: :  | Hora de conclusión de la Inspección:  |  : |
| 1. **DATOS DE LA EMPRESA INSPECCIONADA**
 |
| Nombre o Razón Social……………………………………………………………………………………………... |
| Nombre y Apellido del Empleador o Representante Legal de la empresa:……………………………………………………………………………………….. | Cédula de Identidad: …………………………… |
| Nº Telefónico: ………….... | Nº de WhatsApp …………… | Correo electrónico: …………………………… |
| Nº de Registro Obligatorio de Empleadores – ROE  | Nº de NIT / SUP / RAU  |
| ………………………………………………………….. | ……………………………………………………… |
| Empresa Unipersonal | SociedadComercial | Asociación o Fundación | Otros…………………………… |
| Actividad Principal:…………………………………………………………….. | Actividad Secundaria: ………………………………………………………. |
| **ACLARACIÓN:** La presente Acta de Inspección Laboral corresponde a una empresa subcontratada o terciarizada **SI**  **NO**  de: ………………………………………………………………  |
| **Lugar donde se realiza la Inspección** |
| Casa Matriz  | Sucursal  | Establecimiento Laboral (Lugar donde se presta el  |
| Dirección: ………………………………………..………………………………………... | Dirección: ………………………………………..……………………………………….. | Servicio):Dirección: ………………………………….………………………………… |
| **Sistema de Control de Asistencia en la Jornada Laboral (R.M. 1443/23)** |
| Libro de Asistencia: | Biométrico oReconocimiento Facial: | Acceso de Tarjeta: | Otros:…………………….……………………. | Instrumento de Aprobación: ……………………………………………… |
| Afiliación del Empleador en un Ente Gestor de Seguridad Social de Corto Plazo. ¿Exhibe el documento? SI  NO  | Nº …………………… |
| Formulario de Registro de Empleador a la Gestora Pública de la Seguridad Social a Largo Plazo ¿Exhibe el documento? SI  NO  | Nº…………………… |
| **2. INFORMACIÓN DE TRABAJADORES**(Datos a ser llenados de acuerdo al lugar donde se realiza la inspección) |
| Cantidad trabajadoras mujeres (Art. 56 D.R. L.G.T. y Art. 51 L.G.H.S.O.B.): |  | Cantidad Trabajadoras con hijos menores a un año: (Art. 61 L.G.T.) |  |
| Cantidad trabajadoras en estado de gestación(D.S. 012): |  | Cantidad Personas con discapacidad, padre, madre, conyugue, tutor o tutora de persona con discapacidad (Ley Nº 977)  |  |
| Cantidad de trabajadores: Nacionales Extranjeros Total |
| Tipo de Contrato de los trabajadores: Verbales Escritos  |
| **Modalidad de remuneración a los trabajadores (Art. 6 D.S. 28699)** |
| Jornal | Semanal | Quincenal | Mensual | Otros………………………. |
| **3. EMPLEADOR/ REPRESENTANTE / PERSONA A CARGO O QUE EJERZA LAS LABORES DE CONTROL O VIGILANCIA DEL TRABAJO, QUE ACOMPAÑA EN LA INSPECCIÓN:** |
| Nombres y Apellidos | Cédula de Identidad: | Cargo o Función: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. DATOS VERIFICADOS DE LAS Y LOS TRABAJADORES ENTREVISTADOS** |
|  |
| 1. Nombres y Apellidos:
 | Cédula de Identidad:  |
| Fecha de Inicio de la Relación Laboral  |  |
| Puesto de Trabajo:  |  |
| Monto de Remuneración:  | Modalidad de Remuneración:  |
| ¿Cuál es la Jornada de Trabajo que realiza el Trabajador (a)?: ………………………….…………………………………… |
| Tipo de Contrato:  | Verbal Escrito  |
| ¿El trabajador cuenta con el Seguro Social de Corto Plazo?  |  SI NO  |
| ¿El trabajador cuenta con cuenta con aportes a la Gestora Pública de Seguridad Social a Largo Plazo?  |  SI NO  |
| ¿Primas de Utilidad? SI NO  | ¿Pago de Aguinaldo? SI NO |
| **Observaciones:** ……………………………………………………………………………………………………....................…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |  |
| 1. Nombres y Apellidos:
 | Cédula de Identidad: |
| Fecha de Inicio de la Relación Laboral  |  |
| Puesto de Trabajo:  |  |
| Monto de Remuneración:  | Modalidad de Remuneración:  |
| ¿Cuál es la Jornada de Trabajo que realiza el Trabajador(a)?:  |  |
| Tipo de Contrato:  | Verbal Escrito  |
| ¿El trabajador cuenta con el Seguro Social de Corto Plazo?  |  SI NO  |
| ¿El trabajador cuenta con cuenta con aportes a la Gestora Pública de Seguridad Social a Largo Plazo?  |  SI NO  |
| Primas de Utilidad SI NO  | Pago de Aguinaldo SI NO |
| **Observaciones:** ……………………………………………………………………………………………………...................…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |
| 1. Nombres y Apellidos:
 | Cédula de Identidad: |
| Fecha de Inicio de la Relación Laboral  |  |
| Puesto de Trabajo:  |  |
| Monto de Remuneración:  | Modalidad de Remuneración:  |
| ¿Cuál es la Jornada de Trabajo que realiza el Trabajador (a)?:  |  |
| Tipo de Contrato:  | Verbal Escrito  |
| ¿El trabajador cuenta con el Seguro Social de Corto Plazo?  |  SI NO  |
| ¿El trabajador cuenta con cuenta con aportes a la Gestora Pública de Seguridad Social a Largo Plazo?  |  SI NO  |
| Primas de Utilidad SI NO  | Pago de Aguinaldo SI NO |
| **Observaciones:** ……………………………………………………………………………………………………...................…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |
| 1. Nombres y Apellidos:
 | Cédula de Identidad: |
| Fecha de Inicio de la Relación Laboral  |  |
| Puesto de Trabajo:  |  |
| Monto de Remuneración:  | Modalidad de Remuneración:  |
| ¿Cuál es la Jornada de Trabajo que realiza el Trabajador (a)?:  |  |
| Tipo de Contrato:  | Verbal Escrito  |
| ¿El trabajador cuenta con el Seguro Social de Corto Plazo?  |  SI NO  |
| ¿El trabajador cuenta con cuenta con aportes a la Gestora Pública de Seguridad Social a Largo Plazo?  |  SI NO  |
| Primas de Utilidad SI NO  | Pago de Aguinaldo SI NO |
| **Observaciones:** ……………………………………………………………………………………………………...................…………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **INSPECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Derecho a la libertad sindical**
 | *(señalar SI, NO o NO SABE)* |
| ¿Tiene Sindicato? (20 o más trabajadores)*(Art. 103 L.G.T., Art. 120 del D.R. L.G.T.)* |  |
| ¿Tiene Comité Sindical (menos de 20 trabajadores)*(Art. 51 de la C.P.E., Art. 99 de la L.G.T. y R.M. N° 123/06 de 27/03/2006)*  |  |
| ¿Cuentan con Resolución Suprema de reconocimiento de personalidad jurídica? *(Art. 51 de la C.P.E., Art. 99 de la L.G.T. y Art. 124 D.R de la L.G.T.)* |  |
| ¿Las dirigentes y los dirigentes sindicales gozan de fuero sindical?*(Par. IV del Art. 51 C.P.E., Ley N° 316 de 11/12/2012, Decreto Ley Nº 38 de 7/02/1944 elevado a rango de por la Ley N° 3352 de 21/02/2006, D.S. N° 29539 de 01/05/2008)* |  |
| ¿Algún dirigente sindical sufrió despido arbitrario o disminución de derechos sociales?*(Par. IV del Art. 51 C.P.E.)* |  |
| ¿Se garantiza la sindicalización como medio de defensa?*(Par. IV del Art. 51 C.P.E.)* |  |
| ¿En el último año el Sindicato presento el pliego de peticiones y reclamaciones?*(Art. 106 L.G.T.)* |  |
| ¿Se ha suscrito Convenio de Incremento Salarial en la última gestión?*(De acuerdo a normativa especial)* |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Trabajo de Niña, Niño y Adolescente**

(Artículo 59 L.G.T., Artículo 139 Ley Nº 548 y Articulo 46 del Decreto Supremo Nº 2377)*(Solo llenar en caso de identificar trabajo de niña, niño y adolescente por cuenta ajena en el lugar de Inspección)*  |
| Cantidad de Trabajadores menores de 14 años: Total: Femenino: Masculino: *(En el marco de la Ley N° 548, remitir informe a la DNA)* |
| Cantidad de Trabajadores Adolescentes de 14 a 18 años: Total: Femenino: Masculino: *(Ley N° 548)* |
| ¿Cuenta con Formulario de Registro y Autorización de trabajo emitido por la DNA?: *(Par. IV Art. 131 y Art. 138 de la Ley Nº 1139)* | *(señalar si cuenta o no cuenta y señalar el Nº del formulario)* ……………………………………………………………………....  |
| ¿Quién autoriza el Trabajo del o la adolescente en el formulario?  | Padre:  | Madre:  | Tutor o Tutora | Guardador o guardadora  |
| El trabajo que realiza el o la adolescente, es peligroso, insalubre o atentatorio a la dignidad *(Artículo 136 de la Ley Nº 548)* |  SI  | NO | Si la respuesta fuera SI, ¿Cual? …………………………………………….…………………………………………… |
| ¿Los trabajadores Adolescentes (14 a 18 años) son beneficiarios de la Seguridad Social de Corto y Largo Plazo? |  *(señalar si cuenta o no cuenta- Ente Gestor)* ……………………………………………………………….. ……………………………………………………………….  |

|  |
| --- |
| **Información de los Trabajadores Adolescentes entrevistados***(llenar solo en caso de no existir impedimento)* |
| **Nombres y Apellidos** | **Edad**  | **Horario de Trabajo**  | **Tiempo de Trabajo**  | **Percibe un Salario** *(señalar si percibe no percibe)* | **Monto del salario** | **Asiste a un Centro Educativo***(señalar si asiste o no asiste)* | **Último grado cursado** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * + 1. **Trabajo Familiar y Social Comunitario**

*(Art. 61 de la C.P.E. y Par. I Art. 127 Ley N° 548)**Las actividades que realicen las niñas, niños y adolescentes en el marco familiar y social estarán orientas a su formación integral como ciudadanas y ciudadanos, y tendrán una función formativa.* |
| ¿La niña, niño o adolescente realiza trabajo familiar comunitario?  |  |
| ¿Por qué la niña, niño o adolescente realiza trabajo familiar comunitario? |   |
| ¿Qué trabajo familiar comunitario realiza la niña, niño o adolescente?  |  |
| ¿En qué horario la niña, niño o adolescente realizan trabajo familiar comunitario? |  |

|  |
| --- |
| **Información de la niña, niño o adolescentes entrevistados en trabajo familiar comunitario**  |
| **Nombres y Apellidos** | **Edad**  | **Horario de Trabajo**  | **Ultimo grado cursado**  | **Asiste a un Centro Educativo***(señalar si asiste no asiste)* | **Horario que asiste al Centro Educativo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **TRATA Y TRÁFICO**

*“La captación de personas con la finalidad de someterlas, por coacción, engaño, fuerza, abuso de poder o condición de vulnerabilidad, a trabajos o servicios forzoso”**(señalar si se identifica o no identifica)* |
| * + 1. **Con fines de Explotación Laboral:**

*“acto o serie de actos cometidos por grupos o individuos que abusan de la vulnerabilidad de otros con fines de lucro.”* | El **salario**se encuentra por debajo del mínimo legal establecido para una jornada laboral completa o pagos en especie: | ………………………………………………………………………… |
| Retención de salario o negativa a pagarlo | ………………………………………………………………………… |
| Las jornadas laborales que exceden ampliamente lo legalmente establecido para la actividad.(inc. a.3. Parágrafo ii. del Artículo 6 del Decreto Supremo 0388) | ………………………………………………………………………… |
| El empleador aplica descuentos al salario pactado para cubrir supuestos gastos en vivienda, comida, transporte, etcétera. | ………………………………………………………………………… |
| Confiscación de documentos de identidad y/o personales, de modo que el trabajador no pueda marcharse o acreditar su identidad y su situación.  | ………………………………………………………………………… |
| Violencia emocional o físicaCondiciones de trabajo que afecten la salud física o mental del trabajador o su familia.(inc. a.3. Parágrafo iii. del Artículo 6 del Decreto Supremo 0388) | ………………………………………………………………………… |
| Servidumbre o peonazgo por deuda | ………………………………………………………………………… |
| * + 1. **Trabajo Forzoso**

*“Es el servicio que se exige bajo la amenaza de una pena o un castigo y se lleva a cabo de forma involuntaria, es decir, hay coacción”**todo trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente**Art. 2 C029 - Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29), ratificado mediante Ley Nº 3031 de 31 de mayo de 2005.* | Servidumbre de la gleba (esclavitud de familia o personas cautivas o formas análogas) *(D.S. Nº 29802 y D.S. Nº 0388)* | ………………………………………………………………………… |
| Servidumbre doméstica involuntaria  | ………………………………………………………………………… |
| Condiciones de vida y/o de trabajo abusivas *(Art. 6 del D.S. Nº 03889* | ………………………………………………………………………… |
|  |  |

|  |
| --- |
| **5.4. DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO***(Convenio N° 111 de fecha 04 de junio de 1958 ratificado en fecha 31 de enero de 1977)**(señalar si se identifica o no identifica)* |
| ¿Existe igualdad de remuneración en el trabajo entre hombres y mujeres? *(Art. 1 del Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100) ratificado mediante ley de 15/11/1973, Art. 1 del D.S. Nº 4401)* | ………………………………………………………………………… |
| ¿Existe trato igualitario en el trabajo entre hombre y mujeres?:*(Art. 1 del D.S. Nº 4401)* | ………………………………………………………………………… |
| ¿Existe igualdad de oportunidades de ascenso en el trabajo entre hombre y mujeres?: *(Art. 65 de la L.G.T.)* | ………………………………………………………………………… |
| ¿Existe discriminación por razones de raza, color, sexo, opinión política, nacionalidad y origen social, etc.?*(Par. II del Art. 14 de la C.P.E.)*  | ………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **VERIFICACIÓN DE EMPRESAS SUB CONTRATADAS O TERCIARIZADAS:**
 |
|  ¿El inspector de trabajo al momento de realizar la inspeccion identificó empresas sub contratadas o terciarizadas?  SI NOSeñale el Nombre o Razon Social y Actividad, direccion y NIT:1º ………………………………………………………………………………………………… ………………...2º ………………………………………………………………………………………………………………………3º ………………………………………………………………………………………………………………………4º ………………………………………………………………………………………………………………………5º ……………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **OBSERVACIONES A LA INSPECCIÓN LABORAL**
 |
| …(ejemplo: señalar si los trabajadores no quisieron ser entrevistados) ………………………………… …………………………………………………………… ……………….......................................................……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  |

|  |
| --- |
| 1. **CROQUIS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA INSPECCIÓN:**
 |
|  |

Para constancia y conformidad de la presente acta, firman los que en ella intervinieron una vez leída y aprobada.

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………….****Firma y nombre del empleador, representante / persona a cargo o que ejerza las labores de control o vigilancia del trabajo, que acompaña en la inspección** | **……………………………………………….****Firma y nombre del representante que acompaña en representación de los trabajadores**  |
| **……………………………………………….****Firma y sello de/ la Inspector (a) de Trabajo** |