|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | Sociedad  Comercial | | | | | 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 o  Reconocimiento 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 física  Condiciones 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 NO  Señale 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** | |