|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTA DE INSPECCIÓN LABORAL**  **$dato000**  Memorándum **$dato001** | | | | | | | | | | | | | |
| En cumplimiento a lo dispuesto en el Memorándum **$dato001** de Inspección Laboral, emitido por la $dato000; una vez constituido (a) en instalaciones de La Empresa o Establecimiento Laboral $dato004 y de acuerdo a lo establecido en Normas Laborales y el Reglamento de Inspección, la misma se desarrolló en los siguientes términos: | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: $dato019 | | | Hora de Inicio: $dato020 | | | | | Hora de Finalización: | | | | | |
| **I. DATOS DEL EMPLEADOR** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social: $dato004 | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Gerente General: | | | | | | N° Cédula de Identidad: | | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal: $dato010 | | | | | | N° Cédula de Identidad: $dato011 | | | | | | | |
| Dirección de la empresa o Establecimiento Laboral: $dato009 | | | | | | N° Total de Trabajadores | | | | | | | |
| Dirección donde se realiza la Inspección: (Art. 235 del C.P.T.) | | | | | | N° de Trabajadores de la Sucursal inspeccionada | | | | | | | |
| ROE: $dato006 | | NIT: $dato005 | | | | No Patronal de Seguridad Social: $dato007 | | | | | | | |
| Actividad Económica: $dato008 | | Teléfono: $dato013 | | | | Antigüedad de la empresa o establecimiento laboral: | | | | | | | |
| **Personas que acompañan la Inspección en representación del Empleador:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Personas que acompañan la Inspección en representación de los Trabajadores:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **II. DESARROLLO DE LA INSPECCIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS VERIFICADOS** | | | | | | | | | | | | | |
| **RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN** | | | | **CUMPLE**  **Y/O**  **CUENTA** | | | **OBSERVACIÓN** | | | | | | |
| **1** | **Empresas Subcontratadas por la Empresa Principal**  (Especificar la Actividad económica) | | | SI |  | | Señalar los datos de las empresas sub contratadas | | | | | | |
| NO |  | |
| **2** | **Contratos de Trabajadores Nacionales** | | | SI |  | |  | | | | | |  |
| NO |  | |
| a) N° de Contratos Escritos (Refrendados por el MTEPS) | | |  | | |  | | | | | | |
| b) N° de Contratos Verbales | | |  | | |
| **3** | **Contratos de Trabajadores Extranjeros** | | | SI |  | |  | | | | | | |
| NO |  | |
| N° de Contratos Extranjeros refrendados por el MTEPS | | |  | | |  | | | | | | |
| **4** | **N° de Trabajadores por Área** | | | Administrativos | | | | | Trabajadores | | | | Total |
|  | | | | |  | | | |  |
| Varón | | | Mujer | | Varón | | Mujer | | Total |
|  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| **5** | **Trabajadores con Asignaciones Familiares** | | | SI | |  |  | | | | | | |
| NO | |  |
|  | a) N° de trabajadores que Perciben | | |  | | |  | | | | | | |
| b) N° de trabajadores que NO Perciben | | |  | | |
| **6** | **Aportes al Seguro Social a Largo Plazo (AFPs)** | | | SI | |  |  | | | | | | |
| NO | |  |
|  | a) N° de Aportantes | | |  | | |
| b) N° de NO Aportantes | | |  | | |
| **7** | **Aportes al Seguro Social a Corto Plazo** | | | SI | |  |  | | | | | | |
| NO | |  |  | | | | | | |
| a) N° de Asegurados | | |  | | |  | | | | | | |
| b) N° de NO Asegurados | | |  | | |  | | | | | | |
| **8** | **Cuenta con Persona con Discapacidad**, **padre o madre, conyugué, tutora o tutor** | | | SI | |  |  | | | | | | |
| NO | |  |
| Número de trabajadores | | |
|  |  | | |  | | | | | | |
| **9** | **Remuneración Salarial** | | | Fecha de Pago: | | | | | | | | | |
| N° de meses adeudados : | | | | | | | | | |
| a) Jornal | | |  | | |  | | | | | | |
| b) Semanal | | |  | | |
| c) Quincenal | | |  | | |  | | |  | |  | |
| d) Mensual | | |  | | |
| e) Otros | | |  | | |
| **10** | **Forma de pago de la Remuneración Salarial** | | | Señalar la Constancia de Pago (Boleta, Recibo de Pago u Otros) | | | | | | | | | |
| a) Efectivo | | |  | | |  | | | | | | |
| b) Abono o Deposito en Cuenta | | |  | | |  | | | | | | |
| c) Otros (Especificar ) | | |  | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11** | **Pago del Aguinaldo de Navidad de la Última Gestión** | SI |  |  | |
| NO |  |
| **12** | **Pago del Segundo Aguinaldo “Esfuerzo por Bolivia” de la Última Gestión (si corresponde)** | SI |  |  | |
| NO |  |
| **13** | **Finiquitos refrendado por el MTEPS de las dos últimas gestiones (Beneficios Sociales, Quinquenios)** | SI |  |  | |
| NO |  |
| **14** | **Sistema de Control de Asistencia** | SI |  |  | |
| NO |  |
| a) Registro Biométrico aprobado por el MTEPS (R.A. de aprobación) |  | |  | |
| b) Libro de Asistencia (R.A. de aprobación) |  | |
| c) Otro |  | |
| **15** | **Tipo de Jornada Laboral** |  | | | |
| a) Días de Trabajo |  | | | |
| b) Turnos de Trabajo |  | | | |
| c) Horario de Trabajo |  | |  | |
|  | | | |
| 16 | **Jornada Laboral para mujeres** | SI |  |  | |
|  |  | NO |  |  | |
| **17** | **Jornada Laboral para Menores de 18 años** | SI |  | Solicitar autorización de la Defensoría de la Niñez y adolescencia | |
|  | NO |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **18** | **Pago de Incremento Salarial de la Última Gestión** | | SI | |  |  |
| NO | |  |
| **19** | **Rol de Vacaciones** | | SI | |  |  |
| NO | |  |
| **20** | **Organización Sindical** | | SI | |  |  |
| NO | |  |
| a) Sindicato a partir de 20 de trabajadores | |  | | |  |
| b) Comité Sindical menos de 20 de trabajadores | |  | | |
| **21** | **Pago de Subsidio de Frontera (cuando corresponda)** | | SI | NO | |  |
|  | |

Para constancia y conformidad del mismo

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADOR O SU REPRESENTANTE** | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES** |
| **FIRMA Y SELLO DEL INSPECTOR DE TRABAJO** | |