

ACCIONES PRELIMINARES DISPUESTAS POR EL SIAI/IRE:

O

ACTUACIONES INSPECTIVAS / ORDEN DE INSPECCIÓN

INFORME DE RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE HECHOS SOBRE LA DE SUSPENSIÓN TEMPORAL PERFECTA DE LABORES ADOPTADA POR EL EMPLEADOR EN EL MARCO DE LA ESTABLECIDO EN EL DECRETO DE URGENCIA N° 038-2020 Y EL DECRETO SUPREMO N° 011-2020-TR.

Por medio de la presente acta y en cumplimiento de la orden de inspección, en la ciudad....., siendo lashoras del día.....de.....del año 2020, se deja constancia de las actuaciones inspectivas sobre verificación de hechos de suspensión temporal perfecta de labores dentro de los alcances del Decreto de Urgencia N° 038-2020, el artículo 07 del D.S. N° 011-2020-TR, en el centro o lugar del trabajo del sujeto inspeccionado (empleador), practicando las diligencias que correspondan, de acuerdo al artículo 10-A y 11 de la Ley General de Inspección del Trabajo, Ley N° 28806, en concordancia con el artículo 12 del Reglamento de la Ley General de Inspección del Trabajo, aprobado por el Decreto Supremo N° 019-2016-TR y sus modificatorias, en los siguientes términos:

I. DATOS DEL SUJETO INSPECCIONADO (EMPLEADOR):

Nombre o denominación:.....
RUC.....
Nombre del representante del sujeto inspeccionado.....
Documento de Identidad..... Cargo:
Domicilio fiscal.....
Correo Electrónico:
Dirección donde se verifican las actuaciones inspectivas:.....
.....
Región.....Provincia.....Distrito.....
Acreditado como REMYPE: SI..... NO.....

II. DATOS SOLICITADOS AL SUJETO INSPECCIONADO (EMPLEADOR):

1) Causal de la aplicación de la suspensión temporal perfecta labores:

_____ POR LA NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD:

_____ En caso de imposibilidad de aplicar trabajo remoto _____ En caso de imposibilidad de aplicar licencia con goce de haber compensable

_____ POR EL NIVEL DE AFECTACIÓN ECONÓMICA

2) Actividades Económicas del sujeto inspeccionado: _____

3) Información del empleador sobre el acceso y destino de los subsidios de origen público otorgados en el marco de la emergencia sanitaria.

SI _____ NO _____

III. DOCUMENTOS VERIFICADOS:

1. Documentación general:

- Actividad(es) económica(s) del sujeto inspeccionado indicando si se encuentra comprendido en las actividades permitidas o no durante el Estado de Emergencia Nacional SI _____ NO _____

- Nómina general de trabajadores¹ SI ___ NO ___
- Lista de trabajadores sindicalizados y/o representantes SI ___ NO ___
- Lista de trabajadores comprendidos en la suspensión perfecta de labores SI ___ NO ___
- Nómina de trabajadores sindicalizados comprendidos en la suspensión SI ___ NO ___
- Comunicación a los trabajadores afectados y, de corresponder, a sus representantes, de la adopción de la suspensión perfecta de labores. SI ___ NO ___
- Lista de trabajadores comprendidos en trabajo remoto SI ___ NO ___
- Lista de Trabajadores con licencia con goce de haber sujeto a compensación SI ___ NO ___
- Destino de acceso a los subsidios otorgados en el marco de la Emergencia Sanitaria. SI ___ NO ___
- Detalle de otros:

2. Documentación que sustentaría **la naturaleza de sus actividades:**

2.1. Cuando alegue la imposibilidad de aplicar trabajo remoto

- Documentación que acredite los puestos de trabajo de la empresa identificando aquellos relacionados con la actividad principal y de los que solicitó la suspensión. SI ___ NO ___
- La nómina de trabajadores que ocupan los puestos relacionados a la actividad de la empresa y de los que solicitó la suspensión. SI ___ NO ___
- Detalle de otros:

2.2. Cuando alegue de imposibilidad de aplicar licencia con goce de haber compensable

- Documentación que acredite la jornada del empleador SI ___ NO ___
- Documentación que precise los puestos que desarrollan funciones de alto riesgo, identificando a los trabajadores que ocupan dichos puestos y si están comprendidos en la suspensión perfecta de labores, siempre y cuando la actividad se encuentre calificada de alto riesgo. SI ___ NO ___
- Disposiciones normativas o administrativa que restrinjan el horario de atención del empleador, identificando los puestos que, por la naturaleza de sus funciones, están impedidos de ser ejercidos precisando los trabajadores que lo ocupan y si están comprendidos en la suspensión perfecta de labores. SI ___ NO ___
- Detalle de otros:

3. Documentación que sustenta la afectación económica²:

- Formularios del PDT 601 – Planilla Electrónica (PLAME) u otra información SI ___ NO ___
- Documentos que sustenten el nivel de ventas SI ___ NO ___
- Formulario N° 621–Declaraciones mensuales de IGV-Renta SI ___ NO ___
- Documentos que acrediten el nivel de ventas empresas sujetas al Nuevo RUS SI ___ NO ___

¹ Según Formato “xx” del Protocolo N° xx-2020-SUNAFIL. (Este formato tendría nombres y apellidos, puesto y funciones de ese puesto.)

² La lista no es taxativa, es meramente enunciativa

- Detalle de otros:

Nota: Las nóminas y listas de trabajadores adjuntas por el empleador durante la presente verificación, deberán comprender: Apellidos y nombres, Documento de identidad, profesión u ocupación y cargo que desarrollan en la empresa.

IV. HECHOS VERIFICADOS O CONSTATADOS:

2) MANIFESTACIÓN DE LAS PARTES:

EL EMPLEADOR:

EL TRABAJADOR O REPRESENTANTE DEL SINDICATO:

3) OBSERVACIONES:

4) ANEXOS

Siendo las.....horas, del día.....de.....del año 2020 se concluyó con la diligencia de verificación, firmando los asistentes en señal de conformidad.

Firma y sello del personal que realizó las acciones preliminares o actuaciones inspectivas