



ACTA DE CONSTATACIÓN DE INDICIOS DE EXPLOTACIÓN LABORAL

NRO.:

Corresponde a Acta de Inspección N°:

DÍA	MES	AÑO	N° de expediente

Domicilio de Inspección:	Localidad:
	Provincia:

CONTEXTO - CONDICIONES LABORALES

▪ ¿Existe ausencia de condiciones de higiene en general? SÍ NO

En caso afirmativo:

VIOLACIONES A LAS NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE

¿Se observan cables eléctricos descubiertos o instalaciones eléctricas precarias y deficientes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Se observan instalaciones o artefactos de gas precarios?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Existe hacinamiento de trabajadores?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Falta de heladera para la refrigeración de alimentos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sanitarios inexistentes, escasos o inadecuados?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Existen colchones o colchonetas en el piso de las habitaciones o en el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Se observa presencia de campamentos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

▪ ¿Se impide o limita el ingreso o egreso al lugar de trabajo? SÍ NO

En caso afirmativo:

RESTRICCIONES A LA LIBERTAD DE MOVIMIENTO

¿Los trabajadores se encuentran encerrados en el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay puertas o ventanas selladas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Deben pedir permiso a alguna persona de confianza del empleador para poder salir luego del horario de trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Deben salir acompañados de alguna persona designada por el empleador?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Pueden salir pero no saben dónde se encuentran?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Pueden salir pero se encuentran en un lugar de difícil acceso?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Se encuentran obligados a dormir allí?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Siendo beneficiarios de la explotación fiscalizada:

TITULAR/ES REGISTRAL/ES DEL ESTABLECIMIENTO Y/O INMUEBLE

DATOS PARA SU INDIVIDUALIZACIÓN

TITULAR/ES REGISTRAL/ES DE LOS VEHÍCULOS O MÁQUINAS QUE HUBIERE EN EL LUGAR

DATOS PARA SU INDIVIDUALIZACIÓN

Siendo la/s empresa/s con las que interactúa el empleador -si hubiere-:

Apellido y Nombre/Razón Social:

Nombre de Fantasía:

Domicilio fiscal:

Domicilio real/legal:

CUIT:

CIIU / Actividad económica desarrollada:

EN USO DE LA FACULTAD CONFERIDA POR LEY 25.877 ART 32 INC. D SE PROCEDE A SUSPENDER LAS SIGUIENTES TAREAS:

OBSERVACIONES:

CON LOS INDICIOS ENCONTRADOS SE PROCEDE
A REALIZAR DENUNCIA PENAL SÍ NO

N° de denuncia:.....

Funcionario/s Actuante/s
(Firma / Aclaración)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ACTA IEL

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.