



UNIDAD DE FISCALIZACIÓN DE CAMPO

<p>¿ESTE INFORME ESTÁ RELACIONADO CON COVID-19? NO SÍ</p> <p>¿ESTÁ RELACIONADO CON HORAS DE ENFERMEDAD PAGADAS (PSL/SPSL)? NO SÍ</p>	<p>SOLO PARA USO OFICIAL</p> <p>RECIBIDO POR: _____ FECHA PRESENTADO: _____</p> <p>INDUSTRIA: _____</p>
--	--

Por favor escriba de forma legible o a computadora. Complete este formulario si le gustaría denunciar la violación generalizada de leyes en el lugar de trabajo (por ejemplo, salario y horas, trabajo infantil, compensación por accidente laboral o leyes del mantenimiento de registros) por un empleador que perjudica a todos o a un grupo de empleados que trabajan para el empleador. Si usted está reclamando solo salarios adeudados en su nombre y no quiere denunciar la violación generalizada de una ley por su empleador que también perjudica a otros trabajadores, entonces complete el formulario DLSE Formulario 1 (informe inicial o denuncia) para presentar una denuncia individual de salario, en vez de este formulario.

INFORME DE VIOLACIÓN DE LA LEY LABORAL

SECCIÓN 1. DENUNCIANTE (INDIVIDUAL O REPRESENTANTE)

NOMBRE DEL DENUNCIANTE: _____ SI NECESITA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL IDIOMA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO FIJO: () _____ CELULAR/OTRO TELÉFONO: () _____

CORREO ELECTRÓNICO (si tiene): _____

Si usted está siendo representado por un abogado u otro defensor, escriba la información de su DEFENSOR y ORGANIZACIÓN:

NOMBRE: _____ NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO FIJO: () _____ CELULAR/OTRO TELÉFONO: () _____

CORREO ELECTRÓNICO (si tiene): _____

SECCIÓN 2. EMPLEADOR DENUNCIADO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: () _____ TIPO DE COMPAÑÍA: _____ TOTAL DE EMPLEADOS: _____

TIPO DE ENTIDAD: **CORPORACIÓN** **INDIVIDUAL** **SOCIEDAD** **LLC** **LLP** **OTRO (explicar): _____**

NOMBRE DEL DUEÑO: _____ NOMBRE Y PUESTO DEL ENCARGADO: _____

	DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	¿EL EMPLEADOR SIGUE OPERANDO ALLÍ?	HORARIO LABORAL	TOTAL DE EMPLEADOS
LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL DEL EMPLEADOR		SÍ NO DESCONOZCO		
OTRO LUGAR DE TRABAJO (si lo hay, ya sea que usted trabajó allí o no)		SÍ NO DESCONOZCO		
OTRO LUGAR DE TRABAJO (si lo hay, ya sea que usted trabajó allí o no)		SÍ NO DESCONOZCO		

¿EL EMPLEADOR ESTÁ ASEGURADO CON UN SEGURO DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO? SÍ NO DESCONOZCO

¿EXISTE UN CONTRATO CON UN SINDICATO? SÍ NO ¿SU TRABAJO IMPLICA OBRAS PÚBLICAS? SÍ NO

NÚMERO DE PLACA DEL VEHÍCULO DEL EMPLEADOR: _____

SECCIÓN 3. HORAS DE TRABAJO Y SALARIO

¿USTED TRABAJA O SIGUE TRABAJANDO PARA EL EMPLEADOR? SÍ NO SI RESPONDIÓ "SÍ":

FECHA DE CONTRATACIÓN: ____ / ____ / ____ ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO (si corresponde): ____ / ____ / ____

RENUNCIÓ DESPEDIDO SIGUE TRABAJANDO

¿EL EMPLEADOR DESIGNÓ A QUÉ HORA COMIENZA A TRABAJAR LOS EMPLEADOS? SÍ NO NO LO SÉ SI RESPONDIÓ "SÍ":

¿QUÉ HORA DESIGNÓ EL EMPLEADOR? _____ AM PM

¿EL EMPLEADOR DESIGNÓ QUÉ DÍA DE LA SEMANA COMIENZA LA SEMANA LABORAL? SÍ NO NO LO SÉ SI RESPONDIÓ "SÍ":

¿QUÉ DÍA DESIGNÓ EL EMPLEADOR? DOMINGO LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO

¿CUÁL ES EL HORARIOS DE TRABAJO NORMAL O ESTÁNDAR PARA LOS EMPLEADOS DURANTE LA SEMANA? PROPORCIONE SU MEJOR ESTIMADO DE LAS HORAS DE COMIENZO Y FINALIZACIÓN Y LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS EN CADA DÍA LABORAL. (Si los empleados no trabajaban en horarios estándar, salté la siguiente pregunta).

SECCIÓN 3. HORAS TRABAJADAS Y SALARIO (continuo)

DOMINGO	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	
LUNES	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	TOTAL DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA:
MARTES	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	
MIÉRCOLES	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	
JUEVES	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	
VIERNES	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	
SÁBADO	COMIENZO: _____	AM	PM	FINALIZACIÓN: _____	AM	PM	HORAS TRABAJADAS: _____	

¿LOS EMPLEADOS TRABAJAN EN HORARIOS DIFERENTES U HORAS IRREGULARES ENTONCES NO SE PUEDE PROPORCIONAR UN HORARIO DE TRABAJO ESTÁNDAR? **SÍ** **NO**

SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA BREVEMENTE LOS DISTINTOS HORARIOS U HORAS IRREGULARES DE LA MEJOR FORMA QUE PUEDA:

¿CUÁL ES EL HORARIO NORMAL O ESTÁNDAR PARA EL RECESO PARA COMER DE LOS EMPLEADOS?

COMIENZO: _____ **AM** **PM** FINALIZACIÓN: _____ **AM** **PM** NO HAY UN HORARIO ESTÁNDAR DE RECESO PARA COMER

¿CUÁL ES EL TIEMPO PROMEDIO DEL RECESO PARA COMER DE UN EMPLEADO? _____ **MINUTOS** **HORAS**

¿QUIÉN ORGANIZA LOS HORARIOS DE TRABAJO? (NOMBRE COMPLETO Y PUESTO/CARGO): _____

¿QUÉ DÍA SE LE PAGAN EL SUELDO? **DIARIO**

SEMANALMENTE EL _____ POR QUINCENA EL (Una vez cada dos semanas) _____
MENSUALMENTE EL _____ CADA MEDIO MES EL (Dos veces por mes) _____

¿QUIÉN LE PAGA A LOS EMPLEADOS? (NOMBRE COMPLETO Y PUESTO/CARGO): _____

¿A LOS EMPLEADOS SE LES PAGAN POR HORA? **SÍ** **NO** SI RESPONDIÓ "SÍ", ¿CUÁNTO? \$ _____ **POR HORA**

VARÍA (EXPLICAR): _____

¿A LOS EMPLEADOS SE LES PAGA UN SUELDO (SALARIO) FIJO INDEPENDIEMENTE DE LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS? **SÍ** **NO**

SI RESPONDIÓ "SÍ", ¿CUÁNTO? \$ _____ **POR DÍA** **POR SEMANA** **POR QUINCENA** **CADA MEDIO MES** **MENSUALMENTE**

VARÍA (EXPLICAR): _____

¿A LOS EMPLEADOS SE LES PAGA POR PIEZA? **SÍ** **NO** SI RESPONDIÓ "SÍ", ¿CUÁNTO? \$ _____ **POR** (describa la unidad) _____

EL DESTAJO VARÍA (EXPLICAR): _____

¿CÓMO SE LES PAGA A LOS EMPLEADOS? **CHEQUE** **EFFECTIVO**

CHEQUE Y EFFECTIVO **OTRO MÉTODO (EXPLICAR):** _____

EL MÉTODO DE PAGO VARÍA POR CADA EMPLEADO Y EL CARGO (EXPLICAR): _____

SI A LOS EMPLEADOS SE LES PAGA EN EFFECTIVO, ¿EL EMPLEADOR CONSERVA REGISTROS O INFORMES DEL PAGO? **SÍ** **NO** **NO LO SÉ**

¿EL EMPLEADOR CONSERVA UN REGISTRO DE LAS HORAS TRABAJADAS POR LOS EMPLEADOS? **SÍ** **NO** **NO LO SÉ**

¿QUÉ IDIOMAS HABLAN LOS EMPLEADOS? **INGLÉS** **ESPAÑOL** **MIXTECO** **TRIQUI** **CANTONÉS** **MANDARÍN** **COREANO**

VIETNAMITA **TAGALO** **CAMBOYANO** **HMONG** **TAILANDÉS** **PUNJABÍ** **HINDI** **RUSO** **OTRO:** _____

SECCIÓN 4. SOSPECHAS DE VIOLACIONES DEL EMPLEADOR

Las casillas a continuación describen la conducta de un empleador que viola la ley. Por favor, tildar las casillas si el empleador realiza alguna, o si algún empleado o empleados han sido víctimas, de cualquiera de las siguientes violaciones:

FALTA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO

VIOLACIONES DE TRABAJO INFANTIL:

- Sin permiso de trabajo válido
- Sin permiso de trabajo de entretenimiento válido
- Menores trabajan en exceso u horas prohibidas
- Menores trabajan en condiciones peligrosas

Número estimado de menores afectados: _____

SECCIÓN 4. SOSPECHAS DE VIOLACIONES DEL EMPLEADOR (continuo)

- VIOLACIONES DE SALARIO MÍNIMO:**
- Pagaron menos del salario mínimo
 - No paga en absoluto las horas extras trabajadas
 - No paga por todas las horas trabajadas, incluso el tiempo de traslado y el tiempo de prueba
 - Problemas con los cheques de pago con fondos insuficientes
 - Le pidieron al empleado que devolviera el salario pagado
 - Sin paga de prima por turnos divididos

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES DE HORAS EXTRAS:**
- No paga a diario por las horas extras trabajadas en exceso de 8 horas por día (o 10 horas por día para los trabajadores agrícolas)
 - No paga semanalmente las horas extras trabajadas en exceso de 40 horas semanales
 - No paga el doble por las horas trabajadas en exceso de 12 horas por día
 - No paga horas extras por trabajar el 7mo día consecutivo en una semana laboral

Número estimado de empleados afectados: _____

- OTROS SALARIOS NO PAGADOS:**
- Los salarios no se pagan a la tarifa acordada
 - No se informa el tiempo de paga superior
 - Falta de prima por no tomarse los recesos para las comidas o los de descanso

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES DEL TALÓN DE PAGOS:**
- Pagado con cheque o en efectivo sin un detalle de las deducciones del salario
 - Se detallan las deducciones del salario, pero no es exacto/o está incompleto
 - No se proporciona un detalle de las deducciones del salario por lo menos una vez al mes

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES A LOS RECESOS PARA COMER:**
- No se proporciona un receso para comer fuera del servicio de 30 minutos al final de la 5ta hora trabajada
 - No se proporciona un receso para comer fuera del servicio de 30 minutos cuando se trabaja más de 10 horas
 - Se proporciona un receso para comer pero es menos de 30 minutos

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES A LOS RECESOS DE DESCANSO:**
- Para los días de trabajo entre de 3.5 horas y hasta 6 horas al día, no está permitido tomarse un receso de 10 minutos
 - Para los días de trabajo de más de 6 horas y hasta 10 horas al día, no está permitido tomarse un receso de 10 minutos
 - Para los días de trabajo de más de 10 horas y hasta 14 horas al día, no está permitido tomarse un receso de 10 minutos
 - Centro de Distribución de Bodega: cuota impide cumplimiento de descansos

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES DE LA FECHA DE PAGO:**
- No hay una fecha de pago fija
 - Pago tardío de salarios

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIONES DE MANTENIMIENTO DE REGISTROS**
- Los registros diarios no se conservan o son imprecisos
 - Los registros de la nómina salarial no se conservan o son imprecisos
 - No se le da aviso a los nuevos empleados (según el Código Laboral artículo 2810.5)

- VIOLACIONES DE GASTOS EMPRESARIALES:**
- No se reembolsa el gasto de los uniformes o se le cobra ilícitamente a los empleados
 - Herramientas, suministros o equipo no reembolsado o se le cobra ilícitamente a los empleados
 - Cargos ilícitos por faltante de caja, rotura o pérdida de equipo

Número estimado de empleados afectados: _____

- INCUMPLIMIENTO DE AVISO:**
- No se publicó la Orden de la Comisión de Bienestar Industrial correspondiente
 - No se publicó la Orden sobre el salario mínimo 2001
 - No se publicó cuándo se paga el sueldo
 - No se publicó el aviso del seguro de indemnización por accidente de trabajo
 - No se publicó la tasa de compensación (solo para trabajadores agrícolas)

- CLASIFICACIÓN ERRÓNEA:**
- Empleados clasificados erróneamente como contratistas independientes
 - Empleados asalariados clasificados erróneamente como empleados exentos

Número estimado de empleados afectados: _____

- VIOLACIÓN DE LICENCIAS/REGISTROS:**
- Contratista de construcción sin licencia
 - Contratado con contratista de construcción sin licencia
 - Contratista de trabajo agrícola sin licencia
 - Contratista de vestimenta o fabricante no registrado
 - Lavado de vehículos no registrado

- INCAPACIDAD DE PROPORCIONAR UN LUGAR PARA LA LACTANCIA**

Número estimado de empleados afectados: _____

- CENTROS DE DISTRIBUCIÓN DE ALMACÉN**
- Descripción de la cuota no proporcionada
 - La cuota impide el cumplimiento del período de comida
 - La cuota impide el cumplimiento del período de descanso
 - Cuota impide uso de instalaciones sanitarias
 - La cuota impide el cumplimiento de las leyes de salud y seguridad
- Otro (explique brevemente): _____

Número estimado de empleados afectados: _____

<input type="checkbox"/> CONFECCIÓN DE PRENDAS <input type="checkbox"/> Pago por pieza Número estimado de empleados afectados: _____	<input type="checkbox"/> OTRAS VIOLACIONES (explique brevemente): _____ Número estimado de empleados afectados: _____
---	--

<input type="checkbox"/> VIOLACIONES DE LA LICENCIA POR ENFERMEDAD PAGADA <input type="checkbox"/> Sin licencia por enfermedad remunerada <input type="checkbox"/> No hay aviso de licencia por enfermedad disponible en el recibo de sueldo detallado o por escrito por separado Número estimado de empleados afectados: _____	
---	--

Por favor, proporcione cualquier otra información acerca de su denuncia que usted crea que es importante que sepa el comisionado laboral:

SECCIÓN 4. SOSPECHAS DE VIOLACIONES DEL EMPLEADOR (continuo)

Por favor, proporcione la siguiente información de cualquier menor de 18 años que trabaja para el empleador:

NOMBRE COMPLETO (nombre y apellido, y cualquier apodo)	EDAD	PUESTO DE TRABAJO/TIPO DE TRABAJO QUE REALIZA	HORARIO HABITUAL DE TRABAJO	¿CÓMO LE PAGAN AL MENOR (con cheque, en efectivo, con cheque y efectivo u otro método)?

¿SE PUEDE UTILIZAR SU NOMBRE EN UNA INVESTIGACIÓN? **SÍ** **NO**

¿QUIERE QUE LA DLSE MANTENGA SU NOMBRE E INFORMACION DE CONTACTO CONFIDENCIAL? * **SÍ** **NO**

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PREVIAMENTE ES UNA DECLARACIÓN VERDADERA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA: _____ FECHA: _____

ESCRIBA NOMBRE: _____

** La DLSE mantendrá la confidencialidad según sea apropiado en cada caso y en la medida prevista ante la ley. Puede ser necesario tener que divulgar la información en algunos casos.*