



**SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
INSPECCIÓN GENERAL DEL TRABAJO  
PROGRAMA NACIONAL DE EMPLEO POR HORAS**



**DENUNCIA DEL TRABAJADOR**

Código de Denuncia: 0801-PNEH-D000\_

Oficina Receptora de la Denuncia: \_\_\_\_\_

Día:                      Mes:                      Año:

Fecha de Presentación de la Solicitud:

--	--	--

Lugar de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_ N° Identidad: \_\_\_\_\_

Código de Contrato: 0801-PNEH-CT-000\_-000\_

Nombre Comercial de la Unidad Productiva o de Servicio: \_\_\_\_\_

Código de la Empresa: 0801-PNEH-000\_

Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_

**Causa de Reclamo:**

Salario Base:	
Compensación no Habitual	
Tiempo extraordinario no remunerado	
Afiliación al Seguro Social	
Prácticas Sindicales	
Derecho Preferente	
Negociación Colectiva	
Formación y Capacitación	
Contrato	
Otros: _____	

Descripción Breve del Causal de la Denuncia:

Nombre de Persona que recibe la Denuncia: \_\_\_\_\_

Fecha de Traslado a Inspectoría: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Inspector de Trabajo que atendió la Denuncia: \_\_\_\_\_

Fecha en se atendió la Denuncia: \_\_\_\_\_

**Informe Investigativo:**

Denegada

Existe Infracción

No existe Infracción

Corrigió Infracción

No corrigió Infracción

Sanción


**Documentos Respaldo:**

Acta de Investigación

Informe


código: \_\_\_\_\_

código: \_\_\_\_\_



**SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
INSPECCIÓN GENERAL DEL TRABAJO  
PROGRAMA NACIONAL DE EMPLEO POR HORAS**



**DENUNCIA DEL TRABAJADOR**

Código de Denuncia: 0801-PNEH-D000\_

Oficina Receptora de la Denuncia: \_\_\_\_\_

Día:                      Mes:                      Año:

Fecha de Presentación de la Solicitud:

--	--	--

Lugar de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_ N° Identidad: \_\_\_\_\_

Código de Contrato: 0801-PNEH-CT-000\_-000\_

Nombre Comercial de la Unidad Productiva o de Servicio: \_\_\_\_\_

Código de la Empresa: 0801-PNEH-000\_

Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_

**Causa de Reclamo:**

Salario Base:	
Compensación no Habitual	
Tiempo extraordinario no remunerado	
Afiliación al Seguro Social	
Prácticas Sindicales	
Derecho Preferente	
Negociación Colectiva	
Formación y Capacitación	
Contrato	
Otros: _____	

Descripción Breve del Causal de la Denuncia:

Nombre de Persona que recibe la Denuncia: \_\_\_\_\_

Fecha de Traslado a Inspectoría: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Inspector de Trabajo que atendió la Denuncia: \_\_\_\_\_

Fecha en se atendió la Denuncia: \_\_\_\_\_

**Informe Investigativo:**

Denegada

Existe Infracción

No existe Infracción

Corrigió Infracción

No corrigió Infracción

Sanción


**Documentos Respaldo:**

Acta de Investigación

Informe


código: \_\_\_\_\_

código: \_\_\_\_\_



**SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
INSPECCION GENERAL DEL TRABAJO  
PROGRAMA NACIONAL DE EMPLEO POR HORAS**



**DENUNCIA DEL EMPLEADOR**

Código de Denuncia: 0801-PNEH-D000\_

Oficina Receptora de la Denuncia: \_\_\_\_\_

Día:      Mes:      Año:

Fecha de Presentación de la Solicitud:

--	--	--

Lugar de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Denunciante: \_\_\_\_\_

No Identidad del Denunciante: \_\_\_\_\_

Acreditación de Condición en la empresa: \_\_\_\_\_

Nombre Comercial de la Unidad Productiva o de Servicio: \_\_\_\_\_

Código de la Empresa: 0801-PNEH-000\_

Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador: \_\_\_\_\_

Código de Contrato: 0801-PNEH-CT-000\_-000\_

**Causa del Reclamo:**

Abandono

Incumplimiento Condiciones Contrato

Obra Inconclusa

Otros: \_\_\_\_\_


causa: \_\_\_\_\_

Descripcion Breve del Causal de la Denuncia:

Nombre de Persona que recibe la Denuncia: \_\_\_\_\_

Fecha de Traslado a Inspectoría: \_\_/\_\_/\_\_

Fecha de Atención de la Denuncia: \_\_\_\_\_

Nombre del Inspector de Trabajo que Atendió la Denuncia: \_\_\_\_\_

**Informe investigativo**

Cancelación del Contrato  
Denegada


**Documentos Respaldo:**

Acta de Investigación  
Informe


código: \_\_\_\_\_

código: \_\_\_\_\_



Número de Trabajadores Temporales:

Hombres:

--

Mujeres:

--

Total:

--

**Documentos Acreditados:**

Planilla de Trabajadores Permanentes (agosto, septiembre, octubre 2010):

Planilla de Trabajadores Temporales (agosto, septiembre, octubre 2010):

Listado de Metas de Producción (Si Aplica):

Acreditación del Representante Legal:

Escritura Pública/Permiso de Operación


---

Firma y Sello Inspector de Trabajo

---

Firma y Sello del Propietario ó Representante Legal de  
la Unidad Productiva o de Servicio



**SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE EMPLEO  
PROGRAMA NACIONAL DE EMPLEO POR HORAS**



**MONITOREO Y SEGUIMIENTO**

Código de la Empresa: 0801-PNEH-000\_

Día:                      Mes:                      Año:

Fecha de Monitoreo: 

--	--	--

Nombre Comercial de la Unidad Productiva o de Servicio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Giro de la Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Recursos Humanos (RRHH): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Numero de Trabajadores Permanentes:**

	BASE	ACTUAL	VARIACION
Hombres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Mujeres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Total:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

**Numero de Trabajadores Temporales:**

	BASE	ACTUAL	VARIACION
Hombres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Mujeres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Total:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

**Numero de Trabajadores PNEH:**

	BASE	ACTUAL	VARIACION
Hombres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Mujeres:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Total:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

**Opción preferencial para Permanencia**

Estudiante	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Capacitación	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

**DETALLE DE TRABAJADORES CONTRATADOS EN EL PNEH (DEPARTAMENTO RRHH):**

CODIGO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	No Identidad	SITUACION ACTUAL (*)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
			(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

(\*) Seleccione la Opción que corresponda a la situación actual del Trabajador:

1. Termino Contrato y no Fue Recontratado.
2. Renovación de Contrato.
3. Obtuvo Permanencia
4. Abandono.
5. Renuncia
6. Despido
7. Otros: \_\_\_\_\_

**DATOS PROPORCIONADOS POR EL TRABAJADOR:**

CODIGO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	No Identidad	DERECHO AL SEGURO SOCIAL o MEDICO PRIVADO	RECIBIO CURSO CAPACITACIÓN	CONTINUO CON SUS ESTUDIOS	ESTA AFILIADO A ALGUN SINDICATO	RECIBE ALGUN BENEFICIO DEL CONTRATO COLECTIVO
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )
			SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( ) N/A	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Inspector de Trabajo