



# ACTA DE CONSTATACIÓN DE INDICIOS DE EXPLOTACIÓN LABORAL

NRO.: .....

Corresponde a Acta de Inspección N°: .....

DIA	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:
CIU / 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:

<p>CON LOS INDICIOS ENCONTRADOS SE PROCEDE A REALIZAR DENUNCIA PENAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Nº de denuncia:.....</p>	<p>Funcionario/s Actuante/s (Firma / Aclaración)</p>
--	--



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ACTA DE CONSTATAACION DE INDICIOS DE EXPLOTACION LABORAL

---

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