

ANEXO: SUSPENSIÓN PERFECTA DE LABORES

SEÑOR (DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO. / DIRECTOR GENERAL DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO)

Presente.-

(Nombre de la empresa) con RUC N°, con acreditación ante el Registro de la Micro y Pequeña Empresa: (indicar Sí/No) con domicilio en, distrito de, provincia de departamento de debidamente representada por en calidad de identificado con (tipo de documento de identidad) N° ante usted expongo:

En virtud de lo establecido en el artículo 3 del Decreto de Urgencia N° 038-2020, Decreto de Urgencia que establece medidas complementarias para mitigar los efectos económicos causados a los trabajadores y empleadores ante el COVID-19 y otras medidas, y sujeto a verificación posterior por la inspección de trabajo, declaro bajo juramento lo siguiente:

I. SUSTENTO DE LA SUSPENSIÓN PERFECTA DE LABORES:

1.1. Marcar el supuesto o los supuestos en el que se encuentra el empleador:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Dada la naturaleza de las actividades, no es posible aplicar trabajo remoto, ni licencia con goce de haber. |
| <input type="checkbox"/> | Dado el nivel de afectación económica, no es posible aplicar trabajo remoto, ni licencia con goce de haber. |

1.2. Señale el tipo de paralización en la empresa:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Total |
| <input type="checkbox"/> | Parcial: <ul style="list-style-type: none">• Actividades:• Puestos: |

1.3. ¿La suspensión perfecta de labores comprende a trabajadores sindicalizados o representantes de los trabajadores (en caso de no existir organización sindical)?

Sí _____ No _____

Explique el motivo:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | El trabajador sindicalizado o representante de los trabajadores prestaba servicios en área, sección, sucursal o centro de trabajo que ha paralizado o ha disminuido sus operaciones. |
| <input type="checkbox"/> | Otros: especifique |

¿La suspensión perfecta de labores fue hecha de conocimiento de la organización sindical?

Sí _____ No _____



1.4 ¿Ha procurado la adopción de medidas para mantener la vigencia del vínculo laboral y la percepción de remuneraciones, privilegiando el acuerdo con los trabajadores? (cartas, correos, actas de reunión o cualquier otro instrumento físico o virtual que permita acreditar recepción por parte del trabajador, por el cual el empleador haya propuesto al trabajador o trabajadores, alguna o algunas medidas para mantener la vigencia del vínculo laboral y la percepción de las remuneraciones)?

Sí _____ No _____

Si usted marco "No", marque los supuestos que lo justifican:

| | |
|--|--|
| | Dada la naturaleza de las actividades, no es posible adoptar alguna o algunas medidas para mantener la percepción de las remuneraciones, distintas al trabajo remoto y licencia con goce de haber. |
| | Otros: especifique |

II. PLAZO DE DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN PERFECTA DE LABORES

.....

III. RELACIÓN DE TRABAJADORES COMPRENDIDOS EN LA MEDIDA

Indicar nombres, apellidos, número de documento de identidad, dirección del centro laboral de los trabajadores, dirección domiciliaria de cada trabajador, precisar si tiene o no la condición de afiliado a una organización sindical (o de representante de los trabajadores, en caso de no existir organización sindical); de ser el caso que algunos trabajadores se encuentren afiliados a determinada organización sindical, indicar la denominación de la misma y su domicilio.

| N° | Nombres | Apellidos | N° de documento de identidad | Dirección del Centro de Labores | Dirección de domicilio | Periodo de suspensión | | Indicar a qué sindicato se encuentra afiliado (*) | Señalar si es representante de los trabajadores |
|----|---------|-----------|------------------------------|---------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------|---|---|
| | | | | | | Fecha de inicio | Fecha de término | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |

(*) De ser el caso que el trabajador no se encuentre afiliado a ningún sindicato, consignar "NO AFILIADO".

IV. ANEXOS (FACULTATIVO):

.....



Conforme a lo indicado, asumo las consecuencias legales que podrían generar la inexactitud o falsedad de la información contenida en ella, de acuerdo con las normas previstas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, cuyo Texto Único Ordenado ha sido aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS y demás consecuencias previstas en el ordenamiento.

POR TANTO:

Solicito se sirva proceder conforme a Ley.

(Ciudad),

