ejemplo de:

ACTA DE INSPECCIÓN EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SEGURIDAD E HIGENE

UNIDAD ADMINISTRATIVA OFICINA DE REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL TRABAJO EN …

EXPEDIENTE 149/000343/2020

ASUNTO: acta de inspección EXTRAORDINARIA en materia de seguridad e higiene

|  |
| --- |
| ¡atención! Verifica la identidad del inspector federal del trabajo; comunicate a los telefonos (55) 3000-2700, deberAS PROPORCIONAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE  |

**Se lleva a cabo la presente visita de inspección en:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar: |  |
| Hora de inicio: | 11.20 horas  |
| Fecha de inicio: | Fecha: 26 de mayo de 2020 |

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 43, 123, Apartado “A”, fracciones XV y XXXI, inciso c), punto 5), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 Bis, y 40 fracciones I, XI y XXII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 22, 22 Bis, 132 fracciones I y XVII, XIX Bis y XXIV, 511, 512-D, 512-D Bis, 523 fracciones I y VI, 524, 527 fracción II, punto 3, último párrafo, 540 fracciones I, II, III, IV y V, 541 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VI Bis, VII y VIII, 542 fracciones I, III, IV y V, 543, 545, 547, 548, 549 y 550 de la Ley Federal del Trabajo; 1, 3, 8, 9, 28, 30, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 81 y 82 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 1, 2, 3, 5, 8 fracciones II, IV, V, VI, XI, XII y XIII, 9 fracciones I, III, IV, V y VIII., 10, 11 fracción VII, 12, 14, 17 y 28, fracción I y 29, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 48, 49 y 50 del Reglamento General de Inspección del Trabajo y Aplicación de Sanciones, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2014; 1, 2, 4, 5, fracciones XVIII y XIX, 7 fracciones VII, XXI y XXII, 48 fracción III, inciso c) y 101 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de noviembre de 2014; 2, apartado A, fracción XIX, 4 fracciones I y II, 8, 27, 29 y 30 fracciones II, III, VI y VII, 36 párrafo tercero, así como TERCERO y CUARTO Transitorios del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de agosto de 2019;Artículos 1, 3 fracción V, 4, en lo relativos a las a la Oficina de Representación Federal del Trabajo en … con sede en …, 7, así como TERCERO y CUARTO Transitorios del acuerdo por el que se determina la circunscripción territorial de las Direcciones de Coordinación Regional Oficinas de Representación Federal del Trabajo y Unidades Subalternas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y se delegan facultades en las Unidades Subalternas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de septiembre de 2019.

**A fin de dar debido cumplimiento a la orden de inspección identificada con los siguientes datos:**

|  |  |
| --- | --- |
| No. de expediente: | 141/XXXXXX/2020 |
| Fecha de expedición de la orden: | 21 DE MAYO DE 2020 |
| Girada y firmada por: |  |
| Puesto: | DIRECTOR JURIDICO |
| Adscrito a: | OFICINA DE REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL TRABAJO EN … |
| Fundamento de firma: | En suplencia por ausencia del Titular de la Oficina de Representación Federal del Trabajo en … con sede en …, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 Bis, y 40, fracciones I, XI, XXI y XXII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Publicada en el diario Oficial de la Federación el 9 de agosto de 2019; 28 tercer párrafo de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 27, 29, 30 facciones VII y VIII, tercer párrafo del artículo 36, así como Tercer y Cuarto transitorio del Reglamento Interior de la Secretaría del trabajo y previsión Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de agostos de 2019 |
| Se instruye practicar: | INSPECCIÓN PERIÓDICA EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SEGURIDAD E HIGIENE |
| Motivación de la visita: | LA PRESENTE VISITA DE INSPECCIÓN ES DE TIPO EXTRAORDINARIA EN VIRTUD DE TENER CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE PELIGRO O RIESGO INMINENTE; POSIBLES VIOLACIONES A LA LEGISLACIÓNL LABORAL, Y A EFECTO DE SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO AL ACUERDO POR EL CUAL SE DECLARA COMO EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR A LA EPIDEMIA POR ENFERMEDAD GENERADA POR EL VIRUS SARC-COV2 (COVID-19), EMITIDO POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN ACCIONES EXTRAORDINARIAS PARA ATENDER LA EMERGENCIA SANITARIA GENERARDA POR EL VIRUS SARC-COV2, EMITIDA POR EL SECRETARIO DE SALUD Y ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL INCISOS C) Y E) DE LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO PRIMERO DEL ACUERDO POR EL QUE SE ESABLECEN ACCONES EXTRAORDINARIAS PARA ATENDER LA EMERGENCIA POR EL VIRUS SARC-COV2, PUBLICADO EL 31 DE MARZO DEL 2020, PUBLICADO RESPECTIVAMENTE EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FECERACIÓN LOS DÍAS 30 Y 31 MARZO DEL 2020 |
| Términos de la visita: | CABE SEÑALAR, QUE LA PRESENTE DILIGENCIA SE INICIA EN HORA HÁBIL PUDIENDO CONCLUIR EN HORA INHÁBIL, SIN QUE ELLO AFECTE LA VALIDEZ DE LA MISMA, CON FUNDAMENTO EN EL PRIMER PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 28 DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO. |

La visita de inspección se realiza en el Centro de Trabajo cuyos datos se enlistan a continuación:

La información referente al nombre, denominación o razón social y domicilio fueron constatados mediante MANIFESTACIÓN DE LA PERSONA CON QUIÉN SE ENTIENDE DE SER EL CORRECTO

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CENTRO DE TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre, denominación o razón social: |  |
| Registro federal de contribuyentes: | **XXX060412XXX** |
| Nombre comercial: |  |
| Domicilio: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Domicilio fiscal: |  |
| Esquema de seguridad social: | **IMSS** |
| Registro patronal ante el IMSS: |  |
| Clase de riesgo: |  |
| Prima de riesgo: |  |
| Acta constitutiva: | Número de escritura pública: | INSTR. VOL.  |
| Fecha de emisión: |  |
| Nombre del notario o corredor: |  |
| Número de notario o corredor: |  |
| De la entidad federativa: |  |
|  |  |
| Actividad real en el centro de trabajo: |  |
| Actividad económica del SCIAN: |  |
| Tipo de establecimiento | **INDUSTRIAL** |
| Instalaciones: | **ALMACÉN** **OFICINAS** **TALLERES/MANTENIMIENTO** **PRODUCCIÓN****AREAS DE TRABAJO****SALA DE EXHIBICIÓN** |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dimensiones: | m2 de construcción: | 4526 |
| m2 de superficie: | 41011 |

 | m2 de construcción:m2 de superficie: |  |
| Contratación: | Tipo de contratación: | **CONTRATO INDIVIDUAL****CONTRATO COLECTIVO** |
| Fecha de celebración y/o prórroga: |  |
| Cámara patronal: |  |
| Sindicato: | **SINDICATO DE TRABAJADORES EN GENERAL DE …** |
| Capital contable: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRABAJADORES** | **TOTAL** | **HOMBRES** | **MUJERES** |
| Sindicalizados | **13** | **5** | **8** |
|  | Planta | **9** | **3** | **6** |
|  | Eventuales | **4** | **2** | **2** |
| No sindicalizados | **26** | **17** | **9** |
|  | Por obra determinada | **0** | **0** | **0** |
|  | Por tiempo determinado | **3** | **0** | **3** |
|  | Por tiempo indeterminado | **23** | **17** | **6** |
| **Subtotal** | **39** | **22** | **17** |
| Trabajadores que prestan sus servicios por un tercero | **5** | **2** | **3** |
| **Total**  | **44** | **24** | **20** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRABAJADORES** | **TOTAL** | **HOMBRES** | **MUJERES** |
| Discapacitados | **0** | **0** | **0** |
| Menores |  |  |  |
|  | Menores de 15 | **0** | **0** | **0** |
|  | Mayores de 15 y menores de 16 con/permiso | **0** | **0** | **0** |
|  | Mayores de 15 y menores de 16 sin/permiso | **0** | **0** | **0** |
|  | Mayores de 16 y menores de 18 años | **0** | **0** | **0** |
| Período de lactancia | **0** |  |  |
| Estado de gestación | **0** |  |  |
| Cuenta con contratista: | **SÍ** |

**PROCESO PRODUCTIVO O ACTIVIDAD ECONÓMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Descripción del proceso productivo o actividad económica: |  |
| Productos y Subproductos obtenidos: |  |
| Deshechos y residuos: |  |
| Descripción de maquinaria y equipo: |  |

**REVISIÓN DOCUMENTAL**

**De la revisión del alcance documental se desprende lo siguiente:**

**1. NOM-030-STPS-2009 SERVICIOS PREVENTIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - FUNCIONES Y ACTIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Requerimiento** | **Resultado** |
| DIAGNÓSTICO DE SUEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES). |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES) QUE CONTENGA AL MENOS LAS ACCION PREVENTIVA Y CORRECTIVA POR INSTRUMENTAR POR CADA ASPECTO IDENTIFICADO. |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES), QUE CONTENGAN AL MENOS LAS ACCIONES Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES QUE RECOMIENDEN O DICTEN LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES) QUE CONTENGAN AL MENOS LAS ACCIONES PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS SANITARIAS QUE RECOMIENDEN O DICTEN LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES), QUE CONTENGAN AL MENOS LAS FECHAS DE INCIO Y TERMINO PROGRAMADAS PARA INSTRUMENTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS O CORRECTIVAS Y PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS. |  |
| PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (CENTROS DE TRABAJO CON 100 O MÁS TRABAJADORES), QUE CONTENGA AL MENOS AL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓNDE CADA ACCIÓN PREVENTIVA O CORRECTIVA Y PARA LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS  |  |
| RELACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACTUALIZADA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO (CENTROS DE TRABAJO CON MENOS DE 100 TRABAJADORES), QUE CONTENGA AL MENOS LAS ACCION PREVENTIVA Y CORRECTIVA POR INSTRUMENTAR POR CADA ASPECTO IDENTIFICADO. |  |
| RELACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACTUALIZADA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO (CENTROS DE TRABAJO CON MENOS DE 100 TRABAJADORES), QUE CONTENGAN AL MENOS LAS ACCIONES Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES QUE RECOMIENDEN O DICTEN LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |  |
| RELACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACTUALIZADA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO (CENTROS DE TRABAJO CON MENOS DE 100 TRABAJADORES), QUE CONTENGAN AL MENOS LAS ACCIONES PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS SANITARIAS QUE RECOMIENDEN O DICTEN LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |  |
| RELACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACTUALIZADA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO (CENTROS DE TRABAJO CON MENOS DE 100 TRABAJADORES), QUE CONTENGAN AL MENOS LAS FECHAS DE INCIO Y TERMINO PROGRAMADAS PARA INSTRUMENTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS O CORRECTIVAS Y PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS. |  |
| DESIGNACIÓN POR PARTE DEL PATRÓN DE UN RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INTERNO O EXTERNO. |  |

**2. GUÍA DE ACCIÓN PARA LOS CENTROS DE TRABAJO ANTE EL COVID-19 DE FECHA 01 DE ABRIL DE 2020, REALIZADO EL RECORRIDO FÍSICO EN EL CENTRO DE TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Requerimiento** | **Resultado** |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO DESIGNÓ PERSONAL RESPONSABLE DE MANTENER INFORMADO A TODOS LOS COLABORADORES DEL CENTRO DE TRABAJO RESPECTO A LAS INDICACIONES DE LA AUTORIDAD SANITARIA  |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO HAYA COLOCADO EN MÚLTIPLES LUGARES VISIBLES DE SUS INSTALACIONES LAS INFOGRAFÍAS OFICIALES DEL COVID-19 |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO CUENTE CON PRODUCTOS SANITARIOS Y DE LIMPIEZA PARA USO DEL PERSONAL (JABON, GEL ANTIBACTERIAL, PAÑUELOS DESECHABLES). |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO HAYA IMPLEMENTADO UN CONTROL DE INGRESO Y EGRESO DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS PARA QUE AL INGRESAR Y ABANDONAR LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE TRABAJO SE PUEDA IDENTIFICAR SI TIENEN SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19 |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO CUENTE CON DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES PARA MANTENER LA ACTIVDAD DEL CENTRO DE TRABAJO. |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO CUENTE CON DOCUMENTO QUE IDENTIFIQUE LAS TAREAS O FUNCIONES SUCEPTIBLES DE FLEXIBILIZARSE O REALIZARSE DESDE CASA.  |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO CUENTE CON UNA RELACIÓN QUE PERMITA IDENTIFICAR AL PERSONAL EN MAYOR RIESGO, QUE POR SUS CONDICIONES DEBAN APLICAR ESTICTAMENTE EL RESGUARDO DOMICILIARIO CORRESPONSABLE, INDEPENDIENTEMENTE DE SI SU ACTIVIDAD LABORAL SE CONSIDERE ESCENCIAL. |  |
| VERIFICAR QUE EL CENTRO DE TRABAJO HA IDENTIFICADO AL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO QUE POR EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES TENGA ACTIVIDADES DE MAYOR RIESGO DE CONTAGIO, INCLUYENDO LA ATENCIÓN AL PUBLICO  |  |
| VERIFICAR QUE SE HAN IMPLEMENTADO MEDIDAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19 DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (IMPLEMENTACIÓN DE BARRERAS FISICAS, REDUCCIONES DE FRECUENCIA DE VISITANTES AL CENTRO DE TRABAJO, SEPARACIONES DE DISTANCIA DE 1.50 A 2.0 METROS). |  |
| VERIFICAR QUE EXISTA UNA SEPARACIÓN REAL DE ESTACIONES DE TRABAJO COMPARTIDAS A UNA DISTANCIA DE 1.50 A 2.0 METROS |  |
| VERIFICAR QUE SE HAYAN SUSPENDIDO TODO TIPO DE EVENTOS MASIVOS, REUNIONES Y CONGREGACIONES DE MAS 50 PERSONAS. |  |

**MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DE OBSERVANCIA INMEDIATA**

Derivado de la revisión documental, asimismo, toda vez que del resultado obtenido en la presente diligencia se observa que el centro de trabajo se encuentra contemplado dentro de las ramas industriales de exclusión que indica los acuerdos antes descritos, al tratarse de actividades considerada como ESENCIAL, se le sugieren las siguientes medidas administrativas:

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **Medida administrativa** |
| 1 | No se podrán realizar reuniones o congregaciones de mas de 50 personas |
| 2 | Los trabajadores deberán lavarse las manos frecuentemente. |
| 3 | Deberán dar instrucciones a las personas a efecto de que deberán estornudar o toser aplicando la etiqueta respiratoria (cubriendo la naríz o boca con un pañuelo desechable o en el antebrazo). |
| 4 | No saludar de beso, de mano o de abrazo (saludo a distancia). |
| 5 | Respetar e implementar todas las medidas de sana distancia emitidas por la secretaría de salud. |
| 6 | Trabajadores mayores de 60 años de edad, en estado de embarazo, lactancia, con padecimientos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiacas o pulmonares crónicas, inmunosupresión (adquirida o provocada), insuficiencia renal o hepática, independientemente de su actividad laboral, deberá ser retirada permanentemente del centro de trabajo para su resguardo domiciliario durante el tiempo que dura el estado de emergencia en todas sus fases.  |

**INTERROGATORIOS**

Se obtuvo el siguiente resultado de los interrogatorios practicados para verificar el cumplimiento de la legislación laboral:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  |
| Puesto: |  |  |
| Domicilio para oír y recibir notificaciones: | EL MISMO EN EL QUE SE ACTÚA |  |
| Documento de identificación: | CREDENCIAL PARA VOTAR |  |
| Organismo que la expide: | INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL |  |
| No. de folio: |  |  |
| Interrogatorio: | ¿LA EMPRESA LE PROPORCIONA INFORMACIÓN PARA PREVENIR INFECCIONES SOBRE LA CONTINGENCIA SANITARTIA?POR ESCRITO¿LA EMPRESA LE PROPORCIONA EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA CONTINGENCIA SANITARIA? CUBREBOCA Y JABÓN ANTIBACTERIAL ¿LA EMPRESA TOMA MEDIDAS PARA GUARDAR LA SANA DISTANCIA?SÍ¿LA EMPRESA ENVÍA A DESCANSAR A COMPAÑEROS CON ALGUNA VULNERABILIDAD?SI ¿LA EMPRESA LES REAIZA REVISIONES AL INGRESO DE SU JORNADA DE TRABAJO?NO¿LA EMPRESA LES PIDE QUE UTILICEN EL CUBREBOCAS HASTA LLEGAR A CU CASA?SI¿QUE MEDIDAS ADOPTA LA EMPRESA DONDE TRABAJAS Y CREES QUE SON EFECTIVAS?SIBÁSICAMENTE HEMOS SEGUIDO LAS RECOMENDACIONES Y UNA VEZ QUE SE TIENE EL CONTACTO CON LOS CLIENTES SE TIENE LA SANA DISTANCIA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  |
| Puesto: |  |  |
| Domicilio para oír y recibir notificaciones: | EL MISMO EN EL QUE SE ACTÚA |  |
| Documento de identificación: | CREDENCIAL DE LA EMPRESA |  |
| Organismo que la expide: | EMPRESA |  |
| No. de folio: |  |  |
| Interrogatorio: | ¿LA EMPRESA LE PROPORCIONA INFORMACIÓN PARA PREVENIR INFECCIONES SOBRE LA CONTINGENCIA SANITARTIA?POR ESCRITO¿LA EMPRESA LE PROPORCIONA EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LA CONTINGENCIA SANITARIA? CUBREBOCA Y JABÓN ANTIBACTERIAL ¿LA EMPRESA TOMA MEDIDAS PARA GUARDAR LA SANA DISTANCIA?SÍ¿LA EMPRESA ENVÍA A DESCANSAR A COMPAÑEROS CON ALGUNA VULNERABILIDAD?SI ¿LA EMPRESA LES REAIZA REVISIONES AL INGRESO DE SU JORNADA DE TRABAJO?NO¿LA EMPRESA LES PIDE QUE UTILICEN EL CUBREBOCAS HASTA LLEGAR A CU CASA?SI¿QUE MEDIDAS ADOPTA LA EMPRESA DONDE TRABAJAS Y CREES QUE SON EFECTIVAS?SIBÁSICAMENTE HEMOS SEGUIDO LAS RECOMENDACIONES Y UNA VEZ QUE SE TIENE EL CONTACTO CON LOS CLIENTES SE TIENE LA SANA DISTANCIA |  |

Vistos los resultados que anteceden, se concede el uso de la palabra a las partes que intervienen en el acta, a fin de que manifiesten lo que a sus intereses convenga.

El Representante patronal, en uso de la palabra manifiesta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: |  |
| Firma el acta: | SÍ  |

El Representante Común de los Trabajadores, en uso de la palabra manifiesta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

El(los) testigo(s), en uso de la palabra manifiesta(n):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

El(los) integrantes(s) de la Comisión de Seguridad e higiene, en uso de la palabra manifiesta(n):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

El(los) interrogado(s), en uso de la palabra manifiesta(n):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | NO TIENE NADA QUE AGREGAR |
| Firma el acta: | SÍ  |

El(los) Inspector(es)actuante(s), en uso de la palabra manifiesta(n):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Manifestación: | EL INSPECTOR ACTUANTE HACE DEL CONOCIMIENTO DE TODAS LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN LA PRESENTE ACTA QUE SE IDENTIFICA COMO INSPECTOR FEDERAL DEL TRABAJO CALIFICADO CON CREDENCIAL NÚMERO 02588-PUE PERTENECIENTE A LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, DESTACANDO LOS ELEMENTOS DE LA MISMA. ASIMISMO, SE SUGIRIÓ A LOS PRESENTES VALIDAR LA AUTENTICIDAD DE LA ORDEN DE INSPECCIÓN A TRAVÉS DE LA LIGA ELECTRÓNICA HTTPS://CONOCETUINSPECTOR.STPS.GOB.MX/, NO DESEANDO HACER USO DE ESTE DERECHO.INVITANDO A LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN A REPORTAR CUALQUIER ANOMALÍA RESPECTO DE MI ACTUACIÓN, O CUALQUIER OTRA EN LA QUE SE TENGA DUDA RESPECTO A DE LA IDENTIDAD DEL INSPECTOR PODRÁN REPORTARLA A LOS TELÉFONOS (55) 5645 2216 O AL CORREO ELECTRÓNICO INSPECCIÓNFEDERAL@STPS.GOB.MX |

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 68 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y 35 del Reglamento General de Inspección del Trabajo y Aplicación de Sanciones, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio 2014, se hace constar que el patrón cuenta con **cinco días hábiles**, contados a partir del día siguiente de la fecha de la presente inspección, para presentar por escrito las observaciones y ofrecer pruebas con relación a los hechos contenidos en la presente acta, ante las oficinas de la **DELEGACION FEDERAL DEL TRABAJO EN** , ubicadas en **11 ORIENTE # 2904 FRACC. EL PERDON, C.P. 0000 XXXXXXXX, XXXXXX**, en un horario de 8:00 a 18:00 horas de lunes a viernes.

Se hace del conocimiento de todas las personas que participan en el desahogo de esta diligencia, que los Inspectores Federales del Trabajo, no pueden representar, patrocinar o constituirse como gestores de trabajadores, patrones o de sus organizaciones; asimismo, los servicios brindados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social son gratuitos.

Se les hace saber que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social cuenta con una herramienta electrónica denominada cédula de evaluación. La cédula se encuentra en la página web de la STPS, en el portal [**http://www.gob.mx/stps**](http://www.gob.mx/stps) **;** dirigirse al apartado “Transparencia”, posteriormente “Transparencia focalizada” y después “Conoce a tu inspector” introduciendo el nombre del Inspector Federal del Trabajo que visitó su empresa, seleccione “conocer” obtendrá una ficha del servidor público y  elija la opción “evaluar” de esta manera podrá requisitar las preguntas contenidas en el cuestionario, una vez concluido, deberá dar “clic” en **“enviar evaluación”.** También podrá hacerlo mediante el escaneo del código QR que se encuentra en la credencial del Inspector Federal del Trabajo, a través de un dispositivo móvil.Es importante destacar que los datos que se incorporen en la citada cédula, son de carácter confidencial y su uso será única y exclusivamente para determinar áreas de oportunidad que permitan eficientar el proceso de inspección.

|  |  |
| --- | --- |
| Hora de cierre: **15:00 hrs.**  |  |
| Fecha de cierre: **26 de mayo 2020** |  |

Previa lectura la ratifican y firman al margen y al calce para constancia quienes intervinieron en la misma,dejando original del acta a los que intervienen para los efectos legales a que haya lugar.

 *“Toda persona tiene derecho a un trabajo digno y socialmente útil”*

|  |  |
| --- | --- |
| XXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXREPRESENTANTE PATRONAL | XXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXXXREPRESENTANTE COMÚN DE LOS TRABAJADORES, TESTIGO DE ASISTENCIA, INTEGRANTE DE LA COMISION DE SEGURIDAD E HIGIENE E INTERROGADO |
|  |  |
| XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXTESTIGO DE ASISTENCIA E INTERROGADA | XXXXXXX XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXPOR PARTE DE LA EMPRESA DE LA COMISIÓN |
| XXXXXXIXXXXXXNXXXXXXXXSXXXXXXXXINSPECTOR FEDERAL DEL TRABAJO |  |

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO: 91E71A5SSADA862F98400000000000004F7862010BED