

**FORMULARIO ESPECIAL SOLICITUD DE FISCALIZACIÓN**

**DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE:** Este formulario le permite realizar una denuncia (solo si usted NO ha sido despedido) y por los conceptos que se indican en **“Materias denunciadas”**. Por la situación sanitaria que atraviesa el país, su tramitación **puede que no sea presencial** y respecto de algunas materias **no se podrá guardar reserva de su identidad**.

Esta denuncia puede ser ingresada a través de la casilla de correo *denuncia@dt.gob.cl* o en cualquier Inspección del Trabajo. De ser acogida su solicitud, le será informado el número de tramitación y posteriormente el resultado de la gestión, a la casilla de correo electrónico que en este documento Ud. señale**. (\*) =DATOS OBLIGATORIOS**

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL DENUNCIANTE** (\*) **DATOS OBLIGATORIOS**
 |
| Fecha: \_\_\_08\_\_/\_\_\_01\_\_/2021 | Es trabajador afectado: | Si |  | No |  | Organización sindical | X |  |
| Nombre denunciante/organización: SINDICATO EMPRESAS PAYBACK LTDA |
| Rut/RSU/Pasaporte Denunciante:13.01.2361 | Nacionalidad (\*): CHILENA |
| Domicilio (calle, N°): ESTADO 91, PISO 2 |
| Comuna: SANTIAGO |
| Teléfono Celular **(\*): +569 54468017**  | Teléfono Fijo: 226941000 |
| Correo electrónico **(\*): ACARRASCOB@SD1PAYBACK.CL** |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS EMPRESA DENUNCIADA** (\*) **DATOS OBLIGATORIOS**
 |
| Razón Social o Nombre **(\*)**: SOCIEDAD DE COBRANZAS PAYBACK LTDA. |
| Rut empresa: 77.360.390-1 |
| Dirección empresa/faena **(\*): ESTADO 91 PISO 2** |
| Comuna **(\*): SANTIAGO** | Región (\*): METROPOLITANA |
| Teléfono Fijo **(\*)**:22 6961000 | Teléfono Celular:  |
| Nombre contacto empresa **(\*)**: AMPARO CASTRO GALDAMES |
| Correo electrónico **(\*): ACASTROG@BANCORIPLEY.COM** | Nº trabajadores establecimiento: 600  |

|  |
| --- |
| **III. DATOS DE LA EMPRESA PRINCIPAL O MANDANTE. Si la empresa para la cual trabaja es contratista, la MANDANTE tiene responsabilidad respecto de los trabajadores de sus contratistas.** |
| Razón Social Mandante: |
| **Nombre contacto empresa MANDANTE:** |
| Correo electrónico de la empresa **MANDANTE:** |

|  |
| --- |
| 1. **OTROS TRABAJADORES AFECTADOS**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **MATERIAS DENUNCIADAS (seleccione indicando con “X”)**
 |
| 1 |  | No pagar remuneraciones | 5 |  | Situaciones de alto riesgo de contagio con Coronavid-19 |
| 2 |  | No otorgar trabajo convenido | 6 |  | Infracciones a la Ley de Protección del Empleo 21.227 |
| 3 |  | Separación ilegal de trabajador/a con fuero  | 7 | X | Otras materias |
| 4 |  | Accidente del trabajo grave o fatal |  |  |  |

**RELATO DE HECHOS:** (Describir el motivo, acompañando documentación de respaldo si la tiene). Por favor, para facilitar el éxito de la actuación de inspección, es necesario que realice una breve y clara descripción de la situación o hechos denunciados.

|  |
| --- |
| **RELATO DE HECHOS: DURANTE MESES SE EFECTUA POR PARTE DE LA EMPRESA EL ALZA UNILATERAL DE METAS, NO OBSTANTE SE EJECUTAN MEDIDAS JUDICIALES PARA TERMINAR CON LA PUESTA DE METAS DE FORMA UNILATERAL E INDISCRIMINADA, ASÍ ESTE MES DE ENERO 2021, SE EFECTUARON ALZAS DEL 45% DE INCREMENTO CON RESPECTO A DICIEMBRE 2020, POR LO CUAL AFECTARA EN LAS REMUNERACIONES ( COMISIONES DE LOS Y LAS EJECUTIVOS).** |

**OBSERVACIONES:**

En el caso de que no se informen los datos OBLIGATORIOS, no se dará curso a la solicitud de fiscalización.

Debido a que el Gobierno de Chile ha declarado “Alerta Sanitaria” en todo el territorio de la República, a través del Decreto N° 4 de 2020, modificado por el Decreto N° 6, ambos del Ministerio de Salud, en relación al brote del coronavirus (COVID-19), es que este Servicio habilita temporalmente este formulario de SOLICITUD DE FISCALIZACIÓN, la que podrá ser tramitada por esta vía dependiendo de la contingencia sanitaria.