



**San Francisco Office of Labor Standards Enforcement**  
**Formulario De Entrevista Del Empleado**  
**Salario Minimo / Ausencia Por Enfermedad Pagada**

Envíe este formulario por correo electrónico a: [mwo@sfgov.org](mailto:mwo@sfgov.org) o [psl@sfgov.org](mailto:psl@sfgov.org) o por correo a: OLSE, City Hall  
Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA 94102.  
Si tiene preguntas, llame al: Salario Mínimo 415-554-6292/Licencia por Enfermedad Pagada 415-554-6271

Nombre del Negocio & Dirección:			
Nombre del Negocio & Dirección:		Dirección de otro Negocios:	
Nombre del Dueño & Numero de Teléfono:		Nombre del Manager/Supervisor & Numero de Teléfono:	
INFORMACION DEL TRABAJADOR			
Nombre:	Número de teléfono (Cell):	Correo Electrónico:	
Dirección:		Deberes Laborales:	
Fecha de Contrato:	¿Cuántas horas trabaja por día?	¿Cuántos días trabaja por semana?	¿Cuántas horas por semana?
¿Le pagan? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual		Tarifa de Pago: \$ _____ ¿Algún cambio en los últimos 3 años? Por favor haga una lista de las tarifas y las fechas.	¿Como le pagan? <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo
¿Ha llamado por enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Le paragon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Registra su hora de entrada y salida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tarjeta de tiempo <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Hoja para firmar		¿Tiene colilla de cheques/o su propio registro de horas trabajadas? (cuaderno o calendario) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Le han pagado todas las horas trabajadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe pago de sobretiempo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tomado tiempo sin goce de sueldo o vacaciones sin pago? <input type="checkbox"/> Si    ¿Cuándo?__ <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene comentarios o más quejas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Si dice si, explique.			
¿Tienes algo más que agregar?			

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha/Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_