

ANEXO 1
MODELO REFERENCIAL DE CONTRATO
DE TRABAJO DEL HOGAR

DATOS DE EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR			
NOMBRE		Nº DNI/CE	NACIONALIDAD
DOMICILIO DE EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR			
Calle/Av/Jr. Nº	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DATOS DE EL/LA EMPLEADOR/A			
NOMBRE		Nº DNI / CE	NACIONALIDAD
DOMICILIO DE EL/LA EMPLEADOR/A			
Calle/Av/Jr. Nº	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
FECHA DE INICIO DE LA RELACIÓN LABORAL		____/____/____	
		DIA MES AÑO	

EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR y **EL/LA EMPLEADOR/A**, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Nº 27986, Ley de los Trabajadores del Hogar, modificada por el Decreto Legislativo Nº 1499, y su Reglamento, celebran el presente contrato y acuerdan formalizarlo con las siguientes cláusulas:

Primera.- LUGAR DE TRABAJO

EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR realizará las labores acordadas en la cláusula segunda en el siguiente domicilio _____, el cual constituye la residencia o casa-habitación del empleador y/o de sus familiares.

Segunda.- LABORES A REALIZAR

EL/LA EMPLEADOR/A contrata los servicios de **EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR** para que realice las labores de _____ y demás labores propias del cuidado de una residencia o casa-habitación, y que no importan lucro o negocio para **EL/LA EMPLEADOR/A**.

EL/LA EMPLEADOR/A se obliga a facilitar a **EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR** las condiciones, herramientas y materiales necesarios para el adecuado y cabal desarrollo de sus labores.

Tercera.- MONTO Y MODALIDAD DE LA REMUNERACIÓN

EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR recibirá una remuneración bruta ascendente a **S/**_____ (_____ **y 00/100 Soles**) que será pagada con la periodicidad y bajo la modalidad que se indican a continuación:

Semanal (Días de pago: _____)

Quincenal (Días de pago: _____)

Mensual (Días de pago: _____)

Efectivo

Transferencia bancaria

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CCI: _____

EL/LA EMPLEADOR/A deberá emitir una boleta de pago conforme a la normativa vigente en la materia, como constancia del pago realizado conforme a lo establecido en la presente cláusula.

Cuarta.- JORNADA, HORARIO DE TRABAJO Y DESCANSO SEMANAL

La jornada ordinaria de trabajo de **EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR** es de _____ horas al día / semana, la cual se cumplirá en el horario de _____.

EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR disfrutará de su descanso semanal obligatorio el/los día/s _____.

Quinta.- MODALIDAD DE TRABAJO

Marcar con X la modalidad de trabajo a la que corresponda el presente contrato:

CAMA ADENTRO

Bajo esta modalidad EL/LA EMPLEADOR/A está obligado a proporcionar a EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR de un alojamiento y alimentación de acuerdo con el nivel económico del centro de trabajo.

CAMA AFUERA

Bajo esta modalidad, EL/LA EMPLEADOR/A está obligado a proporcionar a EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR alimentación de acuerdo con el nivel económico del centro de trabajo y con el horario y jornada de trabajo.

Sexta.- PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS DE PROTECCIÓN Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO

EL/LA EMPLEADOR/A tiene la obligación de proveer a **EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR** de equipos de protección, herramientas para la ejecución del servicio, y demás implementos necesarios para garantizar condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Séptima.- APLICACIÓN SUPLETORIA

En todo lo no previsto por el presente contrato, se aplica lo dispuesto en la Ley N° 27986, Ley de los Trabajadores del Hogar, su reglamento y normas complementarias, y de forma supletoria las disposiciones del régimen laboral de la actividad privada.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del 20____

EL/LA EMPLEADOR/A

EL/LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR

(*) Si alguna de las partes no supiera firmar, colocará su huella digital.

ANEXO 2

FORMATO REFERENCIAL DE BOLETA DE PAGO

DATOS DEL/DE LA EMPLEADOR/A	
NOMBRE	Nº DNI / CE Nº
DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A DEL HOGAR	
NOMBRE	Nº DNI/CE Nº
PERIODICIDAD DEL PAGO	
SEMANAL () QUINCENAL () MENSUAL ()	
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO	
DESDE	HASTA
____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

DETALLE DE LA REMUNERACIÓN:

INGRESOS SUELDO BASICO S/	DESCUENTOS AFP / ONP S/	APORTES ESSALUD S/
GRATIFICACIONES: S/	FALTAS Y TARDANZAS S/	OTROS S/
VACACIONES: S/	OTROS AUTORIZADOS S/	
OTROS INGRESOS: S/		
TOTAL INGRESOS	TOTAL DESCUENTOS S/	TOTAL APORTES S/
MONTO NETO PERCIBIDO (En números) S/	MONTO NETO PERCIBIDO (En letras)	_____ Y 00/100 SOLES

EL/LA EMPLEADOR/A

EL/LA TRABAJADOR/A
DEL HOGAR

(* Si alguna de las partes no supiera firmar, colocará su huella digital.