



El empleo
es de todos

Mintrabajo

ID: _____

ACTA PARA VISITAS DE CARÁCTER GENERAL A EMPRESAS

Dirección Territorial del Valle del Cauca, a los veinte (20) días del mes de marzo de 2019, el (la) Inspector (a) de Trabajo **GABRIEL PARRA TRUJILLO**, en cumplimiento del Auto de asignación No. **0524** del 01 de marzo del mes de 2019, se trasladó a la empresa **LACTEOS LA CALIDAD SAS, NIT. 900.640.917-9**, ubicada en la Calle 26 N # 5 AN - 50 de la ciudad de la Ciudad de Cali - valle, en desarrollo de la función de Prevención, Inspección, Vigilancia y Control, con el fin de verificar el cumplimiento de las Normas Laborales de conformidad con la comisión impartida, para adelantar la presente diligencia que es atendida en representación de la Empresa por el (la) Señor(a) _____, con C.C. No. _____, en calidad de _____; En representación de los Trabajadores, el señor (a) _____, con C.C. No. _____, quien ocupa el cargo de _____. En representación de la organización sindical, _____, con NIT. _____, el señor (a) _____, en calidad de _____. La suscrita funcionaria procedió a explicar al compareciente el deber que les asiste de rendir testimonio, según lo previsto en el artículo 266 del Código de Procedimiento Penal (Ley 600 de 2000); enterándolo igualmente sobre las excepciones constitucionales y legales que lo eximen de cumplir dicho deber, referidas en el artículo 33 de la Constitución Política y en los artículos 267 y 268 del C. de P. P. A continuación, se hace la amonestación consagrada en el artículo 269 de la misma normatividad, a través de la cual se enteró al citado sobre la importancia moral y legal del acto, dándole a conocer además las sanciones establecidas contra los que declaren falsamente, contempladas en el artículo 442 del Código Penal.

Presentes las partes se proceden a constatar:

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA:

Razón o Denominación Social: _____

Certificado de existencia y representación legal Si _____ NO _____

ACTIVIDAD ECONOMICA:

Existe Organización Sindical en la empresa: **NOMBRE:** _____

NIT _____ No _____

Existe Convención Colectiva: Si _____ No _____ Vigencia desde _____ Hasta _____

Existe Pacto Colectivo Si _____ No _____ Vigencia desde _____ Hasta _____

Existe Laudo arbitral Si _____ No _____ Vigencia _____

POBLACIÓN TRABAJADORA:

No. total de trabajadores: _____ Hombres: _____ Mujeres: _____

En nómina: _____ Contratistas: _____

Trabajadores Sindicalizados: _____ No Sindicalizados: _____



Avenida 3 Norte No. 23AN-02 PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co





El empleo
es de todos

Mintrabajo

Mujeres Trabajadoras gestantes o en licencia por maternidad: _____ ID: _____

No. de trabajadores discapacitados: _____

Trabajadores con recomendaciones medico laborales: _____

Trabajadores con orden de reubicación: _____

Trabajadores mayores de 40 años: _____

Trabajadores Pensionados: _____

Trabajadores ocasionales o transitorios: _____

Aprendices del Sena: _____

CONTRATACIÓN LABORAL:

Forma:

Contratos escritos _____ Contratos Verbales _____

Duración:

Contratos a término fijo de un año: _____ Inferiores a un año: _____

Contratos a término indefinido: _____

Contratos por labor u obra contratada: _____

Contratos ocasionales o transitorios: _____

Relación de los terceros con los cuales tiene contratos:

Nombre Tercero Contratista	NIT	Dirección Tercero Contratista	No. Trabajadores Vinculados

Aspectos previos al contrato

La empresa solicita examen de gravidez: Si _____ No _____

La empresa solicita examen de SIDA: Si _____ No _____

La empresa solicita la Libreta Militar: Si _____ No _____

Jornada laboral

Legal _____ Convencional _____

Laboran horas extras: Si _____ No _____ Con autorización Si _____ No _____ No. Resolución _____

Fecha _____ Vigencia: _____

Tiene registro de horas extras Si _____ No _____

Número de horas extras semanales laboradas _____ Máximo _____

Adelanta programas de recreación y/o capacitación conforme al artículo 21 de la Ley 50 de 1990 Si _____ No _____. Cuales: Plan de asistencia al empleado _____, recreación _____, bienestar en general _____, talleres formativos _____, capacitación _____, entrenamiento deportivo _____



Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co





El empleo
es de todos

Mintrabajo

OTRO: _____. Reconoce pago por recargo nocturno conforme a la Ley Si ____
No ____.

Descansos remunerados - Dominical y festivo

Laboran en días de descanso dominical y/o festivo: Si ____ No ____

Los liquidan y pagan con los recargos legales Si ____ No ____

Vacaciones

Concede vacaciones en los términos del artículo 187 del CST: Si ____ No ____

Incluye el sábado en la jornada semanal: Si ____ No ____ Contabiliza los días sábados como hábiles
para el disfrute de vacaciones Si ____ NO ____ Lleva registro de vacaciones Si ____ No ____

Compensa vacaciones con autorización legal Si ____ No ____ Compensa vacaciones a la terminación
de los contratos Si ____ No ____

Acumulan vacaciones: ¿Si ____ No ____? ¿A ____ cuáles trabajadores?:

Menores trabajadores

Trabajan menores de edad: Si ____ No ____ Cuantos ____

Con autorización del Ministerio Si ____ No ____ Cuantos ____ N/A ____

Tipo de actividades que cumplen ____ N/A ____

Jornada laboral diaria de ____ a ____ y de ____ A ____ Jornada laboral
semanal ____ N/A ____

Lleva registro de trabajadores menores Si ____ No ____ N/A ____

Trabajadores Extranjeros:

Trabajan Extranjeros en la Empresa: Si ____ No ____

Cuantos ____ Nacionalidad ____

Con la autorización de la entidad Competente Si ____ No ____ Cuantos ____ N/A ____

Presenta pago de Nómina: Si ____ NO ____

Presenta Pago de aportes a la Seguridad Social Integral Si ____ NO ____

Cumple con la totalidad de las obligaciones laborales con los trabajadores extranjeros:



Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co

Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co





El empleo
es de todos

Mintrabajo

Población Con Discapacidad y/o Limitación

No. trabajadores en estado de Discapacidad y/o Limitación: _____

Últimas Recomendaciones: _____

Evidencia de su cumplimiento: _____

Orden de Reubicación: _____

Evidencia de su cumplimiento: _____

Salarios

Presenta nómina de pagos a trabajadores Si _____ No _____

Períodos de pago _____

Paga oportunamente los salarios Si _____ No _____

Paga salario integral Si _____ No _____ Conforme a la Ley Si _____ No _____ Número de trabajadores que devengan salario integral _____

Efectúa descuentos no autorizados Si _____ No _____

Reconoce pago de salario en especie Si _____ No _____ Porcentaje _____

Auxilio de transporte

Reconoce el auxilio de transporte conforme a la Ley Si ☒ No _____

El auxilio de transporte se incluye para liquidar prestaciones sociales de los trabajadores Si ☒ No _____

Reglamento de trabajo

Tiene reglamento de trabajo Si _____ No _____

Se encuentra publicado Si _____ No _____ En cuantos sitios _____

Aportes parafiscales

Efectúa los aportes con destino al SENA Si _____ No _____ ICBF Si _____ No _____

Caja de Compensación Familiar Si _____ No _____ Paga oportunamente los aportes Si _____ No _____

Valor de la nómina sobre la cual aporta \$ _____

La nómina sobre la que aporta corresponde a la real Si _____ No _____



Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co

Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co



Afiliación al Sistema General de Seguridad Social

Salud Si ___ No ___ Nombre de la (s) EPS: _____

Afilia al trabajador desde su vinculación Si ___ No ___

Aporta sobre el salario real devengado Si ___ No ___

Cancela el aporte dentro de los plazos legales Si ___ No ___

Pensiones Si ___ No ___ Nombre de la (s) AFP: _____

Afilia al trabajador desde su vinculación Si ___ No ___

Aporta sobre el salario real devengado Si ___ No ___

Cancela el aporte dentro de los plazos legales Si ___ No ___

Riesgos Laborales Si ___ No ___

ARL a la que está afiliada la empresa: _____

Fecha de afiliación _____ de _____

Ultima fecha de consignación de aportes al Sistema de Riesgos Profesionales

Número de meses consignados _____

La nómina sobre la cual se aporta corresponde al pago real por concepto de salarios Si ___ No ___

Número de Trabajadores con Autoliquidación a Salud _____ a Pensión _____ a Riesgos

Profesionales _____ Valor nómina \$ _____

Valor cotización a Salud \$ _____ a Pensión \$ _____ a Riesgos

laborales \$ _____ Valor cotización Fondo Solidaridad a Pensiones \$ _____

Fechas de pago últimos tres meses a Salud \$ _____ Pensiones \$ _____

Riesgos Profesionales \$ _____ Clase de Riesgo \$ _____ Porcentaje de

cotización _____, se anexa certificación. Aporta a pensión especial de vejez Si ___ No ___

Prestaciones sociales a cargo del empleador

Prima de servicios

Liquida correctamente la Prima de Servicios Si ___ NO ___

La paga oportunamente Si ___ No ___

Cesantías

Consigna cesantías a un Fondo Si ___ NO ___

Oportunamente: Si ___ NO ___

Paga intereses de cesantías en los términos de Ley Si ___ NO ___



Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co

Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co



Calzado y vestido de labor

¿Hace entrega a los trabajadores de calzado y vestido de labor dentro de los períodos legales?

SI NO . Fechas de entrega último año:

En este estado de la diligencia se procede a establecer las siguientes observaciones y/o requerimientos, a la empresa examinada:

Corolario a lo anterior, se deja constancia que se recibe en CD _____, USB _____, En Físico: _____ información que contiene:

1. Planillas de nómina correspondiente a los periodos: _____ No. Folios: _____
2. Planillas de Pago de Aportes a la Seguridad Social Integral correspondiente a los periodos:
_____.
3. Copias de _____ contratos de trabajo suscritos con los trabajadores _____,
_____, _____, _____, _____, _____. Folios: _____
4. Relación de menores de edad que laboran en la empresa examinada contenida en _____ Folios
_____.
5. Relación de Trabajadores extranjeros vinculados laboralmente con la examinada contenida en _____ Folios.
_____.

Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co





El empleo
es de todos

Mintrabajo

6. Copia de los contratos suscritos con los terceros que prestan servicios de trabajadores en misión, contenidos en _____ folios.
7. Relación de los trabajadores que figuran como misionales, contenida en _____ folios.
8. OTROS:

Actualmente la empresa Lacteos
la Calidad no existe como
Oficina Física pero cuentan con
Oficina Virtual donde solo se
hace recepcion de correspondencia.

Se adjunta carta con fecha del
11 de Marzo de 2019.

Firma: Tatiana Castro
Recepcionista

Los anteriores dispositivos y documentos, se anexa a la presente acta y hacen parte integral de la misma.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se firma por los que en ella intervinieron una vez leída y aprobada.

NOMBRE: _____
Inspector(a) de Trabajo y S. Social

POR LA EMPRESA

NOMBRE: _____
C.C. No. _____
CARGO _____



Avenida 3 Norte No. 23AN-02
PBX: 5522022
dtvalle@mintrabajo.gov.co

Línea nacional gratuita
018000 112518
Celular
120
www.mintrabajo.gov.co

