

AUTORIZACION DE TRABAJO TEMPORAL

Completar todos los datos solicitados completos sin borrones ni enmendaduras. El presente formato no debe ser modificado en ninguna de sus partes.

I. DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRES: DURAN DIAZ PERCY MAXIMO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77920751	TIPO DE DOCUMENTO: DNI
EMPRESA DE PROCEDENCIA (RAZÓN SOCIAL): SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA S.A.C.		RUC (EMPRESA DE PROCEDENCIA): 20542431033
OCUPACIÓN / CARGO (Durante el trabajo específico a realizar y de acuerdo a Examen Médico Ocupacional): SOLDADOR		DE SCRIPCIÓN DEL TRA BAJO A REALIZAR (Detalle trabajo específico a re alizar): TRABAJO BAJO PRESION


II. DESCRIPCIÓNDEL TRABAJO:

LUGAR DE TRA BAJO (Detalle Zona, Nivel, Oficinas, entre otros): SUPERFICIE	ÁREA DE TRABAJO: SUPERFICIE (X) MINA()	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN: ALP (X), ROM (), VICH-CAR ()	AUTORIZA TRABAJO (Supervisor Responsable de Compañía Minera Chungar - No tercero): Nombre: LUIS GARCIA Cargo: GERENTE	
COORDINADOR / SUPERVISOR RESPONSABLE EN CAMPO (De empresa Especializada o de Compañía Minera Chungar.): Nombre: ROBERTO CARDENAS Cargo: GERENTE DE OPERACIONES	DURACIÓN DE TRABAJO : Desde: 2024-02-01 Hasta: 2024-02-29 Duracion: 28 días	
Contacto de Emergencia: Nombre: DURAN RAMOS DANIEL Parentesco: PADRE Telefono:		

III. AUTORIZACIONES:

INDUCCION ANEX 4	FIRMA DE INDUCCIÓN	Nombre. Cargo.	Hora: _____ HRS Fecha: ____/____/____
	Responsable de validar inducción brindada o dar conformidad a convalidación de inducción recibida con anterioridad respecto a vigencia, horas y cursosrecibidos.		
ADMINISTRACIÓN	FIRMA DE ADMINISTRACIÓN	Nombre. Cargo.	Hora: _____ HRS Fecha: ____/____/____
	Responsable de validar: Examen médicoOcupacional(Vigencia y tipo), SCTRSalud yPensión (Vigencia y tipo), DeclaracionesJuradas Anexos V, B y C.		
SEGURIDAD Y SALUDOCUPACIONAL	FIRMADE SUBGERENTE / SUPERINTENDENTE/JEFATURA A CARGODE SSO EN UNIDAD	Nombre. Cargo.	Hora: _____ HRS Fecha: ____/____/____
	Ingeniero Responsable de validar y firmar: Anexo 4, recorrido de Anexo 5 (vigente, en campo y exclusivo para el trabajo a realizar en lugar y actividad), acompañado de acta de asistencia, entrevista y conformidad de conocimiento de estándares y procedimientosde Compañía,pudiendo observarsi experiencia laboral y estudiosrealizados para cargo y función a desempeñar durante eltrabajo.		

Las firmas que anteceden corresponden a la conformidad del proceso de trabajo temporal, que se efectúa acorde al Decreto Supremo N° 024-2016-EM y sus modificatorias, no existiendo vínculo laboral alguno entre el trabajador presentado por la Empresa Contratista y la Compañía. Cada supervisor que firma (de Compañía o empresa especializada) se responsabiliza de acuerdo a detalle en recuadros ante cualquier eventualidad o contingencia Legal, contractual y Laboral.

	
Firma Supervisor Responsable por autorización de trabajo a realizar de Compañía Minera Chungar - No tercero Posee la potestad de observar o no la idoneidad de experiencia lab oral y estudios realizados por el colaborador para el cargo a des empeñar durante trabajo Nombre: Cargo:	Firma Supervisor EN CAMPO Responsable de trabajo a realizar de Emp resa Especializada Responsable declara que personal a su cargo cuenta con experiencia laboral y estudios realizados corroborados e idóneos al car go a des empeñar y asume responsabilidad legal en caso de falsificacio nes o adulteraciones en documentación presentada. Nombre: Cargo:

CHECK LIST DOCUMENTOS INDISPENSABLES (SIN EXCEPCIÓN):

- 1.- **FORMATOS ANEXO V, B Y C:**Declaraciones Juradas
- 2.- **ANEXO 4:**Firmado por trabajador, SSO, y capacitador.
- 3.- **ANEXO 5 Especifico por cada trabajo.**Firmado por trabajador, Supervisor responsable de Recorrido en Área de Trabajo (de Volcan), adjuntar Acta de Asistencia con datos completos: Razón social de Empresa Contratista Minera ECM, nombres del trabajador y firma, y datos del supervisor responsable del recorrido (de Volcan Compañía minera S.A.A.) y firma.
- 4.-**Copia DNI Vigente.**
- 5.-**Copia legalizada de contrato visado por Migraciones** (aplicable a Extranjeros)
- 6.-**Exámen médico**(Anexo 16, Pre ocupacional).
- 7.-**SCTR Salud y Pensión vigentes** por todo el periodo de trabajo solicitado
- 8.-**Vida Ley**por todo el periodo de trabajo solicitado
- 8.-**Cúrriculim Vitae Documentado**(copias simples)
- 9.-**En caso de sub contrataciones:**Contrato de prestación de servicios con Empresa Especializada u Orden de Compra y contrato de trabajo del colaborador.