



AUTORIZACION DE TRABAJO TEMPORAL

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES:		DNI:
CARDENAS CASQUI LILIO ABEL		20120560
RAZON SOCIAL:		RUC:
SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA S.A.C.		20542431033
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	OCUPACIÓN / CARGO:	
NO TENGO DATOS	SOLDADOR	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

LUGAR DE TRABAJO:	AREA DE TRABAJO:
PARAGSHA	NO TENGO DATOS
AUTORIZA TRABAJO(SupervisorResponsableCompañía)	SUPERVISOR RESPONSABLE EN CAMPO
NO TENGO DATOS	NO TENGO DATOS
NO TENGO DATOS	NO TENGO DATOS
DURACIÓN DE TRABAJO:	
Desde: 2024-02-01 Hasta: 2024-02-29 Duracion: 28	
Contacto en Caso de Emergencia:	
Nombre: CARDENAS ERLINDA Parentesco: HERMANA Telefono:	
SUPERINTENDENTE DE AREA AQUI SU NOMBRE	RESIDENTE EMPRESA CONTRATISTA AQUI SU NOMBRE

AUTORIZACIONES (SECUENCIA DE FIRMAS)

INDUCCION ANEX 4	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	Responsable de validar la inducción.
		FECHA: / /
ÁREA MÉDICA	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	Resp. de validar: Sist. Personal, Anexos, Examen médico y SCTR.
		FECHA: / /
GESTIÓN DE CONTRATISTAS	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	FECHA: / /
		FECHA: / /
SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	Responsable de validar la inducción.
		FECHA: / /
GERENCIA DE OPERACIONES	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	FECHA: / /
		FECHA: / /

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, cotractual y Laboral.

CHECKLIST DOCUMENTOS INDISPENSABLES (SINEXCEPCIÓN):
1. Formatos Anexo A, B Y C
2. Exámen Médico con el V°B° del Medico de Paragsha (Vigente)
3. SCTR Salud y Pensión; Seguro Vida Ley (Vigente)

4. Orden de compra u Orden de Servicio / Contrato
5. Anexo 4 y Anexo 5 (Acta de Asistencia mínimo 8 horas)
6. Copia DNI Vigente
7. CV Documentado y Contrato de Trabajo Vigente entre Empleador y Colaborador

ANEXO A

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE DOCUMENTOS EN PASE TEMPORAL

Yo, **DANIEL JOSUE ALIAGA TAPIA**, identificado con DNI / Carnet de Extranjería N° **44068270**, con el cargo de Residente o máxima autoridad de la Empresa Especializada **Soluciones Industriales DEJOTA SAC**, en la Unidad de **PARAGSHA**, certifico bajo Declaración Jurada que toda la documentación adjunta al presente formato, siendo estos: Anexo A, Anexo B, Anexo C, Examen Médico Ocupacional, SCTR Salud y Pensión, copia DNI, Anexo 4, Anexo 5, Acta de asistencia Anexo 5 (Recorrido específico en campo y para cada trabajo) y Curriculum Vitae documentado; son veraces, originales, copia fiel del original legalizada o simple, pudiendo el Titular Minero verificar y auditar la información presentada, así como solicitar información complementaria si así lo considerase.

En caso se detectase que la información adjunta no sea veraz, sea falsificada, incompleta y/o adulterada, la Empresa Especializada **Soluciones Industriales DEJOTA SAC**, asumirá todas las responsabilidades y sanciones que se generen como consecuencia de la presentación de documentación falsa, adulterada o incompleta.

Así mismo declaro que el personal ingresante cumple con el perfil requerido para la ejecución de las funciones designadas al puesto/cargo/ocupación a desempeñar en la Unidad.

Residente o Máxima autoridad en La Unidad
Nombre: **DANIEL JOSUE ALIAGA TAPIA**
DNI: **44068271**
Cargo: **GERENTE GENERAL**

ANEXO B
DECLARACIÓN JURADA

Yo, **CARDENAS CASQUI LILIO ABEL**, identificado con DNI / Carnet de Extranjería N° **20120560**, domiciliado en **PSJ. LOS INCAS 574**, Distrito de **CHILCA** Provincia de **HUANCAYO**, Departamento de **JUNIN**; declaro bajo juramento haber recibido y entendido la inducción del Anexo 4, además doy fe de que identifico los peligros, evaluó y controlo los riesgos realizando Trabajo Seguro que existen en el área de trabajo.

En señal de total conformidad y asumiendo la responsabilidad que implica firmo el presente documento con mi huella digital. Firmo en la ciudad de _____, siendo el día _____ del año _____.



Nombre: **CARDENAS CASQUI LILIO ABEL**
DNI: **20120560**

ANEXO C

FORMATO DE DECLARACION DE INGRESO DE TRABAJO TEMPORAL Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Apellidos y Nombres: **CARDENAS CASQUI LILIO ABEL**

Domicilio: **PSJ. LOS INCAS 574**

Tipo de Documento de Identidad: DNI N°: **20120560**

Edad: **46** Sexo: **MASCULINO** Grupo Sanguíneo: **O+**

Institución de Procedencia (Razón Social): **Soluciones Industriales DEJOTA SAC**

CONDICIONES GENERALES Por el presente documento, EL TRABAJADOR TEMPORAL declara conocer que la visita a las instalaciones de la Compañía puede poner en riesgo su salud o su integridad física por encontrarse éste, a más de 4,500 metros sobre el nivel del mar y además por el riesgo propio de las actividades que se desarrollan en dichas instalaciones; no obstante, persiste en su interés en realizar su ingreso, el mismo que realiza de forma voluntaria.

EL TRABAJADOR TEMPORAL se obliga a cumplir todas las disposiciones y medidas de seguridad que establezca la Compañía para la realización de su trabajo temporal, en cuanto a su oportunidad de ingresar a lugares u otras condiciones en que se llevará a cabo su trabajo temporal.

Queda perfectamente establecido que la Compañía, no se responsabilizará por cualquier tipo de daño patrimonial o extra patrimonial como son el daño a la persona, daño emergente, lucro cesante, daño moral, entre otros; así como cualquier tipo de lesiones o accidentes que pueda sufrir EL TRABAJADOR TEMPORAL debido a la imprudencia de éste o al incumplimiento por parte del mismo con las disposiciones, recomendaciones o medidas de seguridad establecidas

La Compañía, se reserva el derecho de iniciar las acciones a que hubiera lugar en caso que EL TRABAJADOR TEMPORAL incumpla alguna de las disposiciones establecidas en el presente documento.

EL TRABAJADOR TEMPORAL acepta que toda la información proporcionada a la Compañía, es verdadera, Asimismo declara haber leído todas y cada una de las condiciones generales establecidas en el presente documento, respecto de las cuales manifiesta su plena conformidad, como constancia de todo lo cual firma a continuación.



Nombre: **CARDENAS CASQUI LILIO ABEL**
DNI: **20120560**



FICHA MÉDICA OCUPACIONAL

PULMONES: Clínicamente normal <input checked="" type="checkbox"/> S/A: Murmullo vesicular y vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados		CORAZON: Clínicamente normal <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL; S/A: Ruidos Cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos ni fremitos ni otros ruidos agregados.																																																						
TORAX: Normal		Abdomen NORMAL; S/A: Simétrico, no distendido, RHA (+) B/D no doloroso, no VMG																																																						
Miembros Superiores NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Ganglios NORMAL; No se evidencia adenopatías																																																						
Miembros Inferiores NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Anillos Inguinales NORMAL;																																																						
Reflejos Osteotendinosos NORMAL		Organos Genitales NORMAL;																																																						
Columna Vertebral NORMAL; S/A: Rangos articulares conservados, no se evidencian alteraciones articulares, no dolor a la movilización activa ni pasiva, no crepitos, no eritema, ni aumento de volumen.		Hernias <div style="text-align: center;">AUSENTES</div>	Várices <div style="text-align: center;">AUSENTES</div>																																																					
Marcha NORMAL;		Tacto Rectal <div style="text-align: right;"> NORMAL <input type="checkbox"/> NO SE HIZO <input checked="" type="checkbox"/> </div>																																																						
Lenguaje, Atención, Memoria, Orientación, Inteligencia, Afectividad NORMAL																																																								
NORMAL																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Símbolos: NO </td> <td style="text-align: center;">0/0</td> <td style="text-align: center;">1/0</td> <td style="text-align: center;">1/1</td> <td style="text-align: center;">1/2</td> <td style="text-align: center;">2/1,</td> <td style="text-align: center;">2/2</td> <td style="text-align: center;">2/3</td> <td style="text-align: center;">3/2</td> <td style="text-align: center;">3/3</td> <td style="text-align: center;">3/+</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CERO <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1/0 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">UNO <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">DOS <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRES <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">CUATRO <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;"> CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Sin neumoconiosis "NORMAL" </td> <td colspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Imagen Radiográfica de Exposición a polvo </td> <td colspan="10"></td> </tr> </table>				 N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Símbolos: NO	0/0	1/0	1/1	1/2	2/1,	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A	B	C	CERO <input checked="" type="checkbox"/>	1/0 <input type="checkbox"/>	UNO <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>					CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/>													Sin neumoconiosis "NORMAL"	Imagen Radiográfica de Exposición a polvo											
 N° Rx: 04068719 Fecha: 10-08-2022 Calidad: 1 2 3 4 Símbolos: NO	0/0	1/0	1/1		1/2	2/1,	2/2	2/3	3/2	3/3	3/+	A	B	C																																										
	CERO <input checked="" type="checkbox"/>	1/0 <input type="checkbox"/>	UNO <input type="checkbox"/>		DOS <input type="checkbox"/>		TRES <input type="checkbox"/>		CUATRO <input type="checkbox"/>																																															
	CON NEUMOCONIOSIS <input type="checkbox"/>																																																							
	Sin neumoconiosis "NORMAL"	Imagen Radiográfica de Exposición a polvo																																																						
Vértices: NORMAL, Libres.																																																								
Mediastinos: NORMAL,																																																								
Campos pulmonares: NORMAL, Radiotransparencia conservada, sin lesiones, no se observa focos de proceso pleuroparenquial																																																								
Situa cardiovascular: NORMAL, Localización y configuración habitual.																																																								
Hilos: NORMAL, Trama vascular pulmonar normales.																																																								
Senos: NORMAL, Libres.																																																								
Conclusion Radiográfica: Radiológicamente Normal <input checked="" type="checkbox"/>																																																								
EVALUACIÓN RADIOLOGICA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.																																																								
GRUPO SANGUINEO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">AB</td> </tr> </table>		O	A	B	AB	FACTOR RH <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">+</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>		+	-																																															
O	A	B	AB																																																					
+	-																																																							
Hemoglobina 19.8		Hematocrito 61.5																																																						
Reacciones serológicas a LUES - RPR - VDRL <div style="text-align: right;">No Reactivo <input checked="" type="checkbox"/></div>																																																								
Orina		Ph: 7.00																																																						
Densidad: 1.010		Normal <input checked="" type="checkbox"/>																																																						
Nombres y Apellidos del Médico - Colegiatura N°																																																								
Nombres y Apellidos del Psicólogo - Colegiatura N°																																																								
Apto para Trabajar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EVALUADO <input type="checkbox"/> APTO CON RESTRICCIONES <input checked="" type="checkbox"/>		<div style="text-align: center;"> DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219 VILA HUAPAYA JUDITH VICTORIAS 095219 </div>																																																						
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ESTRES ANSIEDAD		<div style="text-align: center;"> LIC. WENDY CALDERON ARELLANO PSICOLOGA C.Ps.P. 39046 Calderon Arellano Wendy Yasmin 39046 </div>																																																						
DISC		ENTREVISTA																																																						
SALAMANCA		APTO <input checked="" type="checkbox"/>																																																						

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE MI EXAMEN MÉDICO
Declaro que todas las dolencias, uso de medicamentos y demás
respuestas
son ciertas según mi leal saber y entender.
En caso de ser requeridos, los resultados del exámen médico pueden
ser
revelados en terminos generales al Departamento de Salud
Ocupacional de
la Compañía/Empresa.



Firma del Trabajador o Postulante
DNI:04068719



Índice Derecho



**DECLARACION JURADA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DEL EXAMEN MÉDICO
OCUPACIONAL Y PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA**

Yo, CALLUPE HUIDOBRO PERCY RAUL Identificado(a) con DNI N° 04068719 y domiciliado(a) en: JR. PEDRO CABALLERO Y LIRA 104 distrito de Chaupimarca Declaro que he sido informado(a) de la naturaleza y propósito por las cuales se me practicará el examen médico ocupacional: PERIODICO por parte del médico del Establecimiento de Salud Health and Safety Occupational S.A.C. ; entiendo que es necesario para poder identificar de manera oportuna, posibles enfermedades relacionadas con el trabajo. También dejo constancia que todas mis preguntas y dudas al respecto han sido absueltas por el médico a cargo de mi examen médico.

De la misma manera, me comprometo a **brindar información verdadera** con respecto a mis antecedentes médicos, y a mi estado de salud física y mental actual, que se me consulte al momento del examen médico; por ello declaro que soy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño, por lo que asumo la responsabilidad de ello.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 13° y 25° de la Ley 26842, Ley General de Salud, autorizo al Establecimiento de Salud que me practica el examen médico ocupacional a proporcionar información concerniente a mi estado de salud, resultados de mis exámenes auxiliares, evaluaciones médico ocupacionales y a entregar una copia de mi historia clínica y toda la información resultante de mi examen médico ocupacional al área de salud ocupacional de SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA para su información y custodia; en cumplimiento de lo señalado en la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Ciudad de 10 de Agosto del 2023

Firma:

Huella Digital:






CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL 2

N° DE H.CL: 0055046

Nombre y apellidos:	CALLUPE HUIDOBRO, PERCY RAUL				
Documento de identidad (DNI):	04068719	Edad:	49 años	Sexo:	MASCULINO
Tipo de examen médico:	Preocupacional		Periodico		Retiro
Grupo Sanguíneo:	O		Factor RH	POSITIVO	
Empresa:	SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA				
Puesto al que postula (Solo preocupacional)					
Ocupacion actual o ultima ocupacion	RESIDENTE				

Conclusiones:	
Cie	Descripción
E66	OBESIDAD TIPO I (IMC: 34.29)
H52.1	AMETROPIA SEVERA CORREGIDA
D75.1	POLICITEMIA SECUNDARIA

	Examen Médico	Evaluación psicológica	Examen para trabajos en altura mayor a 1.8 mts.
APTO (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)		X	
APTO CON RESTRICCIÓN (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)	X		
NO APTO (Para el puesto en el trabajo o al cual postula)			
EVALUADO			

Restricciones:
USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTORES OBESIDAD / CONTROL EN 4 MESES .
Recomendaciones: 1) CONTROL POR ENDOCRINOLOGIA DR FRANCISCO EDGARDO MEZA LEGUA CMP 32998 RNE 28545 CONTINUAR CON INDICACIONES DE ESPECIALISTA CONTROL EN 4 MESES 2) CONTROL ANUAL DE CORRECTORES 3) CONTROL SEMESTRAL
 DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MEDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219

Fecha: 10/08/2023	Sello y Firma del Médico que CERTIFICA
-------------------	--



APP de Verificación Mediweb QR
Disponible en Google Play Store



ANEXO 16 A
EVALUACION MEDICA PARA ASCENSO A GRANDES ALTITUDES
(mayor de 2,500 m.s.n.m)

DATOS PERSONALES

Apellidos: CALLUPE HUIDOBRO		Nombres: PERCY RAUL			
Documento de Identidad 04068719	Fecha de Nacimiento 11-06-1973	Edad 49 Años	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Dirección JR. PEDRO CABALLERO Y LIRA 104		Pasco/Chaupimarca/Pasco			
Empleador: SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA		Actividad a Realizar: RESIDENTE			
Funciones Vitales en Reposo					
Pulso 73 x/min.	Presión Arterial <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Sistólica 126 mmHg</td><td>Diastólica 83 mmHg</td></tr></table>	Sistólica 126 mmHg	Diastólica 83 mmHg	Frec. Resp. 20 x/min.	Sat O2 91 %
Sistólica 126 mmHg	Diastólica 83 mmHg				
Temperatura 36.5 °C		IMC: 34.29 kg/m2			

El paciente, ha presentado en los últimos 6 meses:

	SI	NO
Cirugía mayor reciente		X
Desórdenes de la coagulación, trombosis, otros		X
Diabetes Mellitus		X
Hipertensión Arterial		X
Embarazo (FUR:)	--	--
Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo, otros		X
Infecciones recientes (de moderadas a severas)		X
Obesidad	X	
Problemas Cardíacos: Marcapasos, coronariopatía, otros		X
Problemas Respiratorios: Asma, EPOC, otros		X
Problemas Oftalmológicos: Retinopatía, glaucoma, otros		X
Problemas Digestivos: sangrado digestivo, hepatitis, cirrosis hepática, otros		X
Apnea del Sueño		X
Alergias :		X
Otra condición médica importante: POLICITEMIA		X


Uso de medicación actual:



Grupo Sanguíneo: O	Factor Rh: POSITIVO	Hemoglobina: 19.8
--------------------	---------------------	-------------------

Declaro que las respuestas dadas en el presente documento son verdaderas y estoy consciente que el ocultar o falsear información me puede causar daño por lo que asumo total responsabilidad de ello.

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra APTO para ascender a grandes altitudes (mayor a 2,500 m.s.n.m) sin embargo, no aseguro el desempeño durante el ascenso ni durante su permanencia.

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos: VILA HUAPAYA		Nombres: JUDITH VICTORIAS	
Dirección:			
CMP:	Fecha (dd/mm/aa)	Firma y Sello	
95219	10-08-2023	<div style="text-align: center;"> DRA. JUDITH VICTORIAS VILA HUAPAYA MÉDICO OCUPACIONAL C.M.P. 095219</div>	

Declaro que todas las dolencias, uso de medicamentos y demás respuestas son ciertas según mi leal saber y entender		
	Firma del trabajador o postulante	



PERÚ

Ministerio
de Salud

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN / VACCINATION CERTIFICATE

Nombre / Name CALLUPE HUIDOBRO PERCY RAUL	Fecha de Nacimiento / Date of birth 11/06/1973	
Documento de Identidad / Identification document DNI: 04068719	Nacionalidad / Nationality PERU	
Sexo / Sex M	Vacuna / Vaccine Vacuna contra Covid	

Vacunado / Vaccinated

Fecha de Vacunación / Vaccination Date	Dosis / Dose	Fabricante y Lote de Vacuna / Product Name and Manufacturer Lot Number	Lugar de Vacunación / Vaccination Place
23/07/2021	1ª dosis	PFIZER (FA9096)	PASCO - Coliseo Municipal De Chaupimarca - PASCO PASCO CHAUPIMARCA
22/08/2021	2ª dosis	PFIZER (FD7207)	PASCO - Coliseo Municipal De Chaupimarca - PASCO PASCO CHAUPIMARCA
20/01/2022	3ª dosis	PFIZER (FM2958)	JUNIN - Hospital Ramiro Prialé Prialé - JUNIN HUANCAYO EL TAMBO

Certificado emitido por / Certificate issued by:
Ministerio de Salud del Perú

Fecha de Emisión / Date of Issue
11/02/2022 16:13

Copyright © 2021. Desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud |
Todos los derechos reservados.

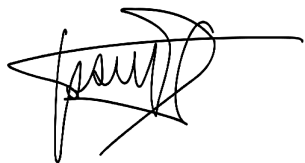
ANEXO 4

INDUCCIÓN Y ORIENTACIÓN BÁSICA

PARA USO DE LA GERENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Titular: VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A	Trabajador: CARDENAS CASQUI LILIO ABEL
E.C.M./CONEXAS : S.I. DEJOTA S.A.C.	Fecha de Ingreso: 2024-02-01
Unidad de Producción: PARAGSHA	Registro o N° de Fotocheck: 20120560
Distrito: SIMON BOLIVAR	Ocupación: SOLDADOR
Provincia: PASCO	Área de Trabajo: SUPERFICIE

- Revisión del Programa de Recorrido de Inducción por Ingreso del Departamento de Administración de Personal.
- Bienvenida y explicación del propósito de la orientación
- Pasado y presente del desempeño de la unidad de producción en Seguridad y Salud Ocupacional.
- Importancia del trabajador en el Programa de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Política de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Presentación y explicación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional implementado en la empresa minera.
- Reglamento Interno de Seguridad y Salud Ocupacional, Reglas de Tránsito y otras normas.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Obligaciones, Derechos y Responsabilidades de los trabajadores y supervisores
- Explicación de Peligros, Riesgos, incidentes, estándares, PETS, ATS, PETAR, IPERC y jerarquía de controles.
- Trabajos de alto riesgo en la Unidad Minera.
- Higiene ocupacional: Agentes físicos, químicos, biológicos, ergonomía
- Código de colores y señalización.
- Control de sustancias peligrosas
- Primeros Auxilios y Resucitación Cardio Pulmonar (RCP).
- Plan de emergencias en la Unidad minera.



.....
Firma del Trabajador

.....
VºBº del Gerente de Seguridad y
Salud Ocupacional o Ingeniero de Seguridad



VÁLIDO:

DEL: 24/05/2023

AL: 24/05/2024

GRUPO TOSOL S.AC.

Otorga el presente certificado a:

PERCY RAUL CALLUPE HUIDOBRO

Con DNI : 04068719

Perteneciente a la empresa:

S.I. DEJOTA S.A.C.

Por haber participado y aprobado satisfactoriamente el curso de:

INDUCCIÓN DE INGRESO TEMPORAL PARADA DE PLANTA - ANEXO 04 (D.S. 024-2016-EM Y MOD. D.S. 023-2017-EM)

Con una duración de 10 horas, realizado el 24 de Mayo del 2023

LIC. GLADYS DEL CARPIO JIMÉNEZ

Gerente General
Grupo TOSOL S.A.C.

DETALLE DE NOTAS

EMPRESA		S.I. DEJOTA S.A.C.				
CURSO		*INDUCCIÓN DE INGRESO TEMPORAL PARADA DE PLANTA - ANEXO 04 (D.S. 024-2016-EM Y MOD. D.S. 023-2017-EM)*				
ITEM	TEMAS	FECHA	DURACIÓN		NOTAS	ESTADO
1	ANEXO 04 PARADA DE PLANTA	24/05/2023	10	Horas	17.6	APROBADO
TOTAL			10	Horas	17.6	APROBADO

CÓDIGO: 646f700725383
EN CUMPLIMIENTO DEL D.S. 024-2016-EM/ MOD. 023-2017-EM/ GRUPO
TOSOL

Lima; 24 de Mayo del 2023



Ing. Christian Benites Saravia
CAPACITADOR

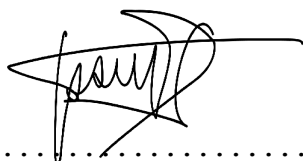
ANEXO 5

INDUCCIÓN Y ORIENTACIÓN BÁSICA

PARA USO DE LA GERENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL




Titular: VOLCAN COMPAÑÍA MINERA S.A.A	Trabajador: CARDENAS CASQUI LILIO ABEL
E.C.M./CONEXAS : S.I. DEJOTA S.A.C.	Fecha de Ingreso: 2024-02-01
Unidad de Producción: PARAGSHA	Registro o N° de Fotocheck: 20120560
Distrito: SIMON BOLIVAR	Ocupación: SOLDADOR
Provincia: PASCO	Área de Trabajo: SUPERFICIE

1. Bienvenida y explicación del propósito de la orientación.
2. Reconocimiento guiado a las áreas donde los trabajadores desempeñarán su trabajo.
3. Explicación de las estadísticas de seguridad del departamento o sección.
4. Incidentes, Incidentes Peligrosos, Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales del Área.
5. Explicación de los peligros y riesgos existentes en el área.
6. Capacitación sobre los estándares que corresponden al área, con la evaluación correspondiente.
7. Capacitación sobre los PETS que corresponden al área, con la evaluación correspondiente.
8. Capacitación teórico-práctico sobre las actividades de alto riesgo que se realizan en el área
9. Capacitación en el control de los materiales peligrosos que se utilizan en el área.
10. Capacitación sobre los agentes físicos, químicos, biológicos presentes en el área.
11. Identificación y prevención ergonómica.
12. Código de colores y señalización en el área.
13. Uso de Equipo de Protección Personal (EPP) apropiado para el tipo de tarea asignada; con explicación de los estándares de uso
14. Uso del teléfono del área de trabajo y otras formas de comunicación con radio portátil o estacionario; quiénes, cómo y cuándo se deben utilizar.
15. Capacitación en los protocolos de respuesta a emergencia, establecidos para el área donde se desempeñarán los trabajadores.
16. Práctica de ubicación (recorrido en campo) y uso de refugios mineros, equipos de respuesta a emergencias, sistema contra incendio, sistemas de alarma, comunicación, extintores, botiquines, camillas, duchas, lava ojos y otros dispositivos utilizados para casos de respuesta a emergencias
17. Cómo reportar incidentes de personas, maquinarias o daños de la propiedad de la empresa.
18. Importancia del orden y la limpieza en la zona de trabajo.
19. Seguimiento, verificación y evaluación del desempeño del trabajador hasta que sea capaz de realizar la tarea asignada.



Firma del Trabajador

VºBº del Gerente de Seguridad y
Salud Ocupacional o Ingeniero de Seguridad

		ACTA DE ASISTENCIA							
FOR-DJ-SSOMAC-001		Revisión (04)		Fecha: (03/02/2023)		Pagina 1 de 1			
DATOS DEL EMPLEADOR									
Razon Social: Soluciones Industriales Dejota S.A.C.				RUC: 20542431033		Actividad Económica: Otras actividades de tipo de Servicios NCP			
Unidad Operativa: PARAGSHA									
N° de Trabajadores en el Centro Laboral: 3									
Domicilio: C. Central Mzz. R Lt. 16 P.J. Tupac Amaru Sector 1				Provincia: Pasco		Distrito: Chaupimarca		Departamento: Pasco	
DATOS DEL EVENTO									
Tema: ANEXO 5				Fecha:		<div>Tipo</div> <div><input type="checkbox"/> Inducción</div> <div><input type="checkbox"/> Charla</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Capacitación</div> <div><input type="checkbox"/> Simulacros</div> <div><input type="checkbox"/> Entrenamiento</div> <div><input type="checkbox"/> Reunión</div> <div><input type="checkbox"/> Otros (.....)</div>			
Lugar: OFICINA VIRTUAL				Interna <input checked="" type="checkbox"/>					
Capacitador (es): ING. HELAMAN FERRER				Externa <input type="checkbox"/>					
H.I.: 8:00 am		H.F.: 16:00 pm		DURACIÓN: 8 Hrs					
N°	APELLIDOS Y NOMBRES (Completo con letra imprenta)			DNI	FIRMA	AREA	U. PRODUCCION		
1	CRISOSTOMO LOYA, JHON ADOLFO			46327566		MANTTO	PARAGSHA		
4	MARTINEZ ALVINO JHONATAN			70781318		MANTTO	PARAGSHA		
5	CALLUPE HUIDOBRO, PERCY RAUL			04068719		MANTTO	PARAGSHA		
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
N° DE PARTICIPANTES (A): 1				DURACIÓN (B): 8		HH DE CAPACITACIÓN (AxB): 8			
CAPACITADOR:				RESPONSABLE DEL REGISTRO					
NOMBRES:				NOMBRES:					
CARGO:				CARGO:					
FIRMA:				FIRMA:				FECHA:	
									

CONTRATO DE TRABAJO TEMPORAL

Conste por el presente documento CONTRATO DE TRABAJO a plazo temporal que suscribimos, por una parte EMPRESA SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA SAC, con RUC N° 20542431033, con domicilio en la carretera central Mz. R Lot 16 PP.JJ. Túpac Amaru Sector 1 CHAUPIMARCA - PASCO debidamente representada por su Gerente General ALIAGA TAPIA Daniel Josué con DNI N° 440682571, a quien se denomina en este contrato **LA EMPRESA**; y por la otra el Sr. **CARDENAS CASQUI LILIO ABEL** DNI N° 20120560 de Estado civil **SOLTERO** y con domicilio **PSJ. LOS INCAS 574**, a quien se denominará **TRABAJADOR**, por nuestros propios derechos hacemos constar que hemos convenido en celebrar un contrato de trabajo en los términos siguientes:

CLAUSULAS:

- **PRIMERA.- LA EMPRESA** es un Contratista Minero, cuyo objeto social es prestar servicios especializados a terceros en mantenimiento, montaje de plantas concentradoras y demás actividades mineras por lo que se requiere los servicios del **TRABAJADOR** en forma temporal para cubrir las necesidades del mercado acorde a las actividades que realiza **LA EMPRESA**

Declara el trabajador que tiene completa capacidad y los conocimientos necesarios para desempeñar el trabajo de: _____ en esa virtud, la empresa acepta ocuparlo para el desempeño de las labores mencionadas y actividades conexas. El trabajador estará obligado a prestar sus servicios en trabajos complementarios que le encomiende la empresa cuando no haya actividad específica acostumbrada.

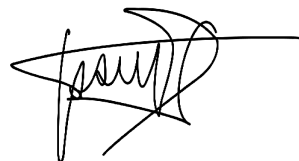
- **SEGUNDA.-** Este contrato será desde el _____ hasta el _____ cumpliendo los días de trabajo se extingue el presente contrato.
- **TERCERA:** El pago se hará en efectivo cubriendo en su totalidad el que hay devengado el tiempo que labora el trabajador, quien deberá emitir mediante el recibo por honorarios. De no hacer reclamación alguna al efectuarse el pago, se entenderá que está conforme con la liquidación respectiva.
- **CUARTA.-** A criterio propio **EL TRABAJADOR** puede laborar tiempo extraordinario, a menos que **LA EMPRESA** solicite que no se puede laborar.
- **QUINTA.- EL TRABAJADOR** está obligado a someterse a un reconocimiento médico, al tiempo de su ingreso al ser requerido de la empresa. Así mismo, en todo lo no previsto en el presente contrato, se estará a lo que establece la ley de la materia.

- **SEXTA.** - **EL TRABAJADOR** percibirá por sus servicios una remuneración, por horas durante el tiempo laboral. En caso exceda del tiempo laboral se le reconocerá las horas extras trabajadas.
- **SEPTIMA.**- EL TRABAJADOR está terminantemente prohibido consumir alcohol durante su permanencia en el trabajo caso contrario se dará obligado a LA EMPRESA al cese inmediato del trabajador.
- **OCTAVA.**- Este contrato queda sujeto a las disposiciones que contiene TUO del D Leg N° 728 aprobado por D.S.N° 003-97-TR ley de productividad y competitividad labora

Se expide y suscribe la presente en tres ejemplares de un mismo tenor en la ciudad de CERRO DE PASCO a los ____ día(s) de _____del _____.

.....

LA EMPRESA



.....

TRABAJADOR

CERTIFICADO

Este certificado se otorga a:

Angel Becerra

Por haber completado exitosamente 14 horas 28 minutos del curso

Facebook para ventas



7 octubre, 2022

Fecha

Rafael Horna

**Director del curso
CEO EMDI**

CONSTANCIA

Por el presente dejamos constancia que el señor:

BARRERA CHIPANA BRIAN HELBERT

Ha trabajado en nuestra empresa desde el 01 de octubre de 2017 hasta el 28 de febrero de 2020, desempeñándose como TECNICO INFORMATICO.

Se extiende la presente a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cerro de Pasco, 01 de marzo 2021.



IMPROMEC S.R.L.
GUSTAVO IGREJA LEÓN
GERENTE GENERAL