



AUTORIZACION DE TRABAJO TEMPORAL

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES:		DNI:
ZAVALA ARIAS, OMAR		43203069
RAZON SOCIAL:		RUC:
SOLUCIONES INDUSTRIALES DEJOTA S.A.C.		20542431033
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:	OCUPACIÓN / CARGO:	
NO TENGO DATOS	SUPERVISOR OPERATIVO	

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: Parentesco: 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: / /
SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	Responsable de validar la inducción.
		FECHA: / /
GERENCIA DE OPERACIONES	FIRMA Y NOMBRE DE INDUCCIÓN	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, **ZAVALA ARIAS, OMAR**, identificado con DNI / Carnet de Extranjería N° **43203069**, domiciliado en , Distrito de Provincia de , Departamento de ; 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: **ZAVALA ARIAS, OMAR**
DNI: **43203069**

ANEXO C

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

Apellidos y Nombres: **ZAVALA ARIAS, OMAR**

Domicilio:

Tipo de Documento de Identidad: DNI N°: **43203069**

Edad: **23** 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: **ZAVALA ARIAS, OMAR**
DNI: **43203069**