1. **PROPUESTA DEL CAMBIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable del cambio:** *(responsable del área o proceso donde se realiza el cambio)* | |  | **Código:** |  |
| **Área:** | **Empresa ejecutora del cambio:**  *GF / Contratista* | | **Fecha:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objetivo del cambio propuesto** (elige una de las opciones y describe brevemente el motivo) | | |
| **Mejoras de SSO / MA** | **Reducción de Costos** | **Otro (especifique):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo del Cambio:**  **Permanente**  **Temporal**  **Emergencia** (Adjuntar sustento y elaborar ATS) | |
| Fecha estimada de inicio: | Fecha de término (si es temporal): |

|  |
| --- |
| **Descripción de la situación actual:**  **-** |
| **Descripción del cambio que se propone / ¿Cómo se realizará el cambio?:**  **-** |

|  |
| --- |
| **¿Cuál será el resultado esperado del cambio?:** |

|  |
| --- |
| **Identifique a las áreas interesadas - incluya a todos los que se ven afectados y deberían ser comunicados/consultados acerca del cambio:**  **-**  **-**  **-**  **-** |

| **Identificación del impacto del cambio:** Identificar y marcar todos los posibles impactos |
| --- |
| *La propuesta de cambio afecta a:* | **Si/No** |
| 1. Procedimientos operativos………………………………………………………………………… 2. Procedimientos de SSYMA………………………………………………………………………… 3. Procedimientos de mantenimiento………………………………………………………………… 4. Procedimientos de emergencia …………………………………………………………………… 5. Software/Sistemas de control ……………………………………………………………………. 6. Recursos (personas, equipos, materiales, etc.) ………………………………………………… 7. Estructura organizacional /Responsabilidades.………………………………………………… 8. Cambios de personal/Entrenamiento/Competencias ………………………………………….. 9. Roles y responsabilidades individuales …………………………………………………………. 10. Salida de un contratista que realizaba actividades y el traspaso de la gestión a Gold Fields 11. Comunicaciones/reportes…………………………………………………………………………… 12. Permisos ambientales……………………………………………………………………………….. 13. Relaciones con partes interesadas………………………………………………………………… 14. Contratos……………………………………………………………………………………………… 15. Requisitos legales…………………………………………………………………………………… 16. Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_  \_\_ |

1. **EVALUACIÓN DEL CAMBIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipo de trabajo:** *Debe haber por lo menos dos personas competentes involucradas, incluyendo el que propone el cambio, el responsable de la evaluación del cambio y evaluación de riesgos.* | |
| Nombre:  Cargo: | Nombre:  Cargo: |
| Nombre:  Cargo: | Nombre:  Cargo: |
| Nombre:  Cargo: | Nombre:  Cargo: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evaluación de Riesgos** considerando la condición final luego del cambio. **Utilice la matriz de evaluación de riesgos 5x5***:(cuando sea aplicable adjunte una planilla de análisis de riesgos)*  Nota: considerar el aspecto (Seguridad, Medio Ambiente, Social, etc.) con el mayor riesgo identificado. | | | | | |
| Consecuencia: |  | Probabilidad: |  | Nivel de Riesgo: |  |
|  | | | | | |

| **PLAN DE IMPLEMENTACIÓN** | | |
| --- | --- | --- |
| **Acciones propuestas** | **Responsable** | **Fecha** |
| *¿Actualizar la gestión SSYMA?* |  |  |
| *¿Actualizar la inducción general / especifica?* |  |  |
| *¿Se ha informado a todos los afectados?* |  |  |
| *¿Se ha proporcionado capacitación?* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **APROBACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aprobado  Aprobación Condicionada (sustentar)  No Aprobado (sustentar)  Sustento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Riesgo Bajo | Jefe / Superintendente: |  | Firma: | Fecha: |
| Riesgo Medio | Gerentes de Área: |  | Firma: | Fecha: |
| Riesgo Alto | Vicepresidente de Operaciones |  | Firma: | Fecha: |
| Cambio por Emergencia | Vicepresidente de Operaciones |  | Firma: | Fecha: |

1. **VERIFICACION DE EFICACIA DEL CAMBIO DE LAS ACCIONES TOMADAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verificación de Eficacia de las acciones tomadas en el Cambio** (cumplido el período de implementación de las acciones). | | | | | |
| Persona que realiza la verificación: | |  | | | |
| ¿Se obtuvieron los resultados esperados con el Cambio? | | | **SÍ**  **NO** | | |
| *Comentarios de la verificación de la eficacia* | | | | | |
| **Firma:** |  | | | **Fecha:** |  |