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. ***Sistemas contra incendios y equipos (luces de emergencia, extintores, detectores de humo, alarmas sonoras, pulsadores de emergencia y otros)***
17. 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:** |  |