Consorcio EL OLAM NIT. 901.926.654-1	FORMATO REGISTRO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DEL CAMBIO	CÓDIGO: FT-SST-016
		VERSIÓN 1
		FECHA: OCTUBRE 2025

1. DESCRIPCION DEL CAMBIO									
Nombre de la persona que realiza la Solicitud			Cargo	Proceso/Área/Unidad Administrativa				Fecha de la Solicitud	
Cambios Internos (*marcar con x*)						**Cambios Externos *(marcar con x)***		**Lugar donde se implementará el Cambio**	**Fecha estimada del cambio**
Proceso/ Procedimiento	Método	Locativos	Máquinas/ Herramientas	Equipos/ Mobiliario	Otros	Legislación	Otros		
Breve descripción del cambio propuesto				Efectos en los procesos, procedimientos , en el mantenimiento o en la necesidad de capacitación del personal.				Áreas o Personas involucradas o afectadas por el Cambio	

2. PLAN PARA EL MANEJO DE SST DEL CAMBIO

(Para ser diligenciado con apoyo del Copasst y el Subproceso SST)

Actividades	Responsable	Fecha	Proceso/Área involucrados	Seguimiento

3. APROBACION DEL CAMBIO			
Nombre de quien aprueba el cambio	Cargo	Proceso/Área	Firma
Nombre del responsable del seguimiento del cambio	Cargo	Proceso/Área	Firma