|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GRUPO USAR XXXXXXXXX** | LOGO GRUPO |
| **FORMULARIO REVISION DEL PAA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Introducción** |
| El presente formulario debe ser llenado por el encargado del proceso de acreditación del GTO-USAR y será enviado al Punto Focal Operativo Nacional, con motivo del proceso de Acreditación del grupo USAR XXXXXXX de la Institución Patrocinante XXXXXXXX, de acuerdo con el Manual Proceso de Acreditación y Reacreditación Nacional para grupos de Búsqueda y Rescate Urbano (USAR) Chile. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **Información del Instrumento** | | | |
| **N.º** | **Capítulo** | **Documentos** | **Revisión**  **SI/NO** | **Observaciones Comentarios** |
| **I** | Portada |  | XX | XXXXXXXX |
| **II** | Carta conductora del PAA de la institución patrocinadora. |  | XX | XXXXXXXX |
| **III** | Índice |  | XX | XXXXXXXX |
| **a** | Hoja de datos del grupo USAR | Incluido en los formularios AC-SNO Alerta y Movilización | XX |  |
| **b** | Evaluación inicial del Mentor | Informe entregado por el Mentor | XX | XXXXXXXX |
| **c** | Organigrama, funciones y registro de personal del grupo USAR. | Anexo USAR 1, incluir cumplimiento de perfiles de cargo | XX | XXXXXXXX |
| **d** | Registro de Equipamiento del grupo USAR | Anexo USAR 7 | XX | XXXXXXXX |
| **e** | Plan de acción de la lista de verificación | **PAR-USAR 06.1 y PAR-USAR 06.2** para superar falencias (brechas) detectadas en la autoevaluación o identificadas por el Mentor. | XX | XXXXXXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | **Conclusión de la revisión** | |
| 1. Revisada la información contenida en el PAA puedo indicar que el grupo USAR XXXXXX, se encuentra en condiciones de: | | |
| **SI o NO** | | Continuar con el proceso de acreditación. |
| Si la conclusión anterior es **SI** se continua con el proceso, no llenado de los puntos 4 y 5 que están más adelante | | |
| Si la conclusión anterior es **NO,** por la no existencia de la información que debe contener el PAC, se considera el llenado del punto 4 con la información faltante | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Información faltante o con detalles del PAA** |
| **4.1** | 1. **Posibilidad de mejora** |
| **Punto**  XXXX | 1. XXXXXXX |
| **4.2** | 1. **Posibilidad de mejora** |
| **Punto**  XXXX | 1. XXXXXXX |
| **4.3** | 1. **Posibilidad de mejora** |
| **Punto**  XXXX | 1. XXXXXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | **Segunda revisión del PAA**  **Se realiza con la información que hace llegar el grupo USAR** | |
| Recibida la información faltante que se solicitó y revisada el PAA se puede indicar | | |
| **SI o NO** | | Se encuentra en condiciones de continuar el proceso |
| **Si nuevamente el PAA tiene observaciones, se volverá a la etapa de autoevaluación** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Información de envió de PAR-USAR 08** |
| 1. Este informe del **PORTAFOLIO DE ANTECEDENTES ABREVIADOS (PAA)** será enviado en digital, debidamente firmado por el Encargado del Proceso de Acreditación del GTO-USAR por mail en formato digital alPFON, Líder grupo USAR, Central SNO, GTO-USAR y Líder Equipo Acreditación cuando se nombre. | |
| Los receptores del **PAR-USAR 08** deberán realizar su archivo digital y si es necesario la impresión del formulario, Central SNO mantendrá copias impresas de toda la documentación. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Formulario PAR-USAR 08** | |
| **Fecha entrega** | XX de XXXXXX de 20XX. |
| **Grupo**  **USAR** | XXXXXX |
| **Encargado Proceso GTO** | XXXXXX |
| **Firma Encargado** | XXXXXX |

**Nota:** todo lo en color rojo es para rellenar con antecedentes.