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

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Introducción** |
| El presente formulario debe ser llenado por el Líder del Equipo de Acreditación o Reacreditación y ser enviado al Punto Focal Operativo Nacional, con motivo del proceso de Acreditación o Reacreditación 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 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 | XXXXXXXX |
| **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 |
| **f** | Plan estratégico del grupo USAR. | Plan estratégico a 5 años del equipoEn el plan estratégico del grupo USAR se espera que contenga al menos los siguientes tópicos: diagnóstico, visión, misión, lineamientos estratégicos, objetivos y planes específicos, equipo para desarrollarlo, métricas de desempeño del plan y proceso de revisión y control. | XX | XXXXXXXX |
| **g** | Plan anual de inversiones | Plan de inversiones presentar presupuesto. | XX | XXXXXXXX |
| **h** | Organigrama de funciones. | Descripción del funcionamiento del grupo USAR. | XX | XXXXXXXX |
| **i** | Manejo de recursos humanos. | Adjuntar listado de personal que apoya tareas administrativas y que no es integrante del grupo USAR, este personal puede apoyar en tareas tales como, manejo de información administrativa, registro de capacitación adquisiciones, registro médico, temas logísticos, control de bodegas y otros. Este personal puede realizar apoyos que están establecidos en los procedimientos del grupo USAR o procesos de los Cuerpos, se debe indicar las funciones y los datos de este personal. | XX | XXXXXXXX |
| **j** | Plan de capacitación, entrenamiento y ejercicios del grupo USAR | Anexo USAR 3 Plan desarrollado por el grupo USAR | XX | XXXXXXXX |
| **k** | Procedimiento de seguro de accidentes. | Procedimientos de la Institución. | XX | XXXXXXXX |
| **l** | Convenios con proveedores de equipos o servicios. | Anexo USAR 5  | XX | XXXXXXXX |
| **m** | Instalaciones físicas y en terreno del grupo USAR. | Anexo USAR 6  | XX | XXXXXXXX |
| **n** | Sistema de comunicaciones del grupo USAR. | Anexo USAR 8 Incluir procedimiento | XX | XXXXXXXX |
| **o** | Definición de autonomía del grupo USAR. | Anexo USAR 9 Incluir procedimiento | XX | XXXXXXXX |
| **p** | Autorización de desplazamiento del grupo USAR. | Anexo USAR 10  | XX | XXXXXXXX |
| **q** | Manejo y administración de inventario del grupo USAR. | Anexo USAR 11 Completar con la información que se tiene en el sistema de inventarios de la JNCB para bomberos y otros sistemas para otras organizaciones. | XX | XXXXXXXX |
| **r** | Procedimiento de atención medica Procedimiento de seguridad control de riesgos y bienestar del grupo USAR | Anexo USAR 4 Anexo USAR 12 | XX | XXXXXXXX |
| **s** | Informes de postmisión de los últimos 5 años | Solo reacreditación | XX | XXXXXXXX |
| **t** | Plan del Ejercicio Final de Evaluación  | PAR-USAR 18Se debe enviar el plan del ejercicio final con la mayor información y especificidad posible. | XX | XXXXXXXX |
| **IV** | Anexos al documento |  | XX | XXXXXXXX |
| **1** | Autoevaluación actualizada  | Lista de verificación actualizada a la fecha de entrega | XX | XXXXXXXX |
| **2** | Reglamento del grupo USAR | Anexo USAR 2  | XX | XXXXXXXX |
| **3** | Capacidades operativas del grupo USAR | Anexo USAR 13  | XX | XXXXXXXX |
| **4** | Procedimientos (POE) del grupo USAR | Incluir todos los POE que no se han solicitado anteriormente con los que cuente el grupo USAR | XX | XXXXXXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Conclusión de la revisión** |
| 1. Revisada la existencia de la documentación que debe contener el PAC, puedo indicar que el grupo USAR XXXXXX, se encuentra en condiciones de:
 |
| **SI o NO** | Continuar con el proceso. |
| 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 que le será solicitada el grupo USAR |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Información faltante del PAC** |
| **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 PAC****Se realiza con la información faltante que hace llegar el grupo USAR** |
| Recibida la información faltante que se solicitó y revisada el PAC se puede indicar  |
| **SI o NO** | Se encuentra en condiciones de continuar el proceso  |
| **Si la indicación es NO nuevamente por tener el PAC falta de información, el grupos USAR deberá reenviar el PAC con toda la información, volviendo a la etapa anterior** |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Información de envió de PAR-USAR 10** |
| 1. Esta revisión del **PORTAFOLIO DE ANTECEDENTES COMPLETOS (PAC)** será enviado en digital, debidamente firmado por el Líder Equipo Acreditador por mail en formato digital alPFON, Mentor, Líder grupo USAR, Central SNO y GTO-USAR.
 |
| Los receptores del **PAR-USAR 10** 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 10** |
| **Fecha** **entrega** | XX de XXXXXX de 20XX. |
| **Grupo****USAR** | XXXXXX |
| **Líder Equipo Acreditador** | XXXXXX |
| **FirmaLíder** | XXXXXX |

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