|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GRUPO USAR XXXXXXXXX** | LOGO GRUPO |
| **EVALUACIÓN INICIAL DEL MENTOR REACREDITACIÓN** |

*INDICE*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Tema** | **Pagina** |
| **1** | Introducción | X |
| **2** | Actividades realizadas por el Mentor con el grupo USAR | X |
| **3** | Análisis de la lista de autoevaluación del grupo USAR | X |
| **4** | Análisis del Plan de Acción presentado por el equipo para lograr la reacreditación | X |
| **5** | Observaciones y recomendaciones del Mentor | X |
| **6** | Anexo 1: Lista de verificación utilizada para la autoevaluación  Anexo 2: PAR-USAR 06.1 Nota conductora plan de acción de la lista de verificación PAR-USAR 06.2 Plan de acción de la lista de verificación presentado por el grupo USAR | X |
| **7** | Información de envió de PAR USAR 17 | X |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Introducción** | |
| Se presenta el estado actual de la organización y cumplimiento de la Lista de Verificación, así como el Plan de Acción de la Lista de Verificación para completar los ítems que requieren mejoras.  El siguiente informe inicial del Mentor corresponde a la primera evaluación en el proceso de reacreditación del grupo USAR XXXXXXXX de la a las instituciones patrocinadoras XXXXXXXX. | | |
| **1.1** | Nombre institución patrocinadora | XXXXXXXXX |
| **1.2** | Nombre institución patrocinadora | XXXXXXXXX |
| **1.3** | Nombre institución patrocinadora | XXXXXXXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **Actividades realizadas por el Mentor con el grupo USAR** | |
| Además, es parte de este informe las distintas actividades realizadas ya sea con las autoridades de las Instituciones Patrocinante y con la Gerencia del grupo USAR XXXXXXX.  Listado de reuniones realizadas | | |
| **2.1** | XX-XX-20XX | Primera Reunión, temas tratados:  XXXXXXXXX |
| **2.2** | XX-XX-20XX | Segunda Reunión, temas tratados:  XXXXXXXXX |
| **2.4** | XX-XX-20XX | Enlistar las demás reuniones realizadas si corresponde |
| **2.5** | XX-XX-20XX | Entrega al PFON el PAR USAR 17 Evaluación Inicial del Mentor Reacreditación del grupo USAR XXXXXXXX |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Análisis de la Lista de verificación utilizada para la autoevaluación** | | |
| Presentada y revisada la lista de verificación utilizada para la autoevaluación en conjunto con la Gerencia del grupo USAR XXXXXXXX puedo indicar que durante este tiempo de trabajo el grupo USAR se encuentra en condiciones de continuar o no continuar el proceso de Reacreditación. | | | |
| A continuación, se detalla porcentualmente el estado al día XX de XXXXXX de 20XX, de las distintas etapas de la lista de verificación:   * Preparación * Movilización * Operaciones * Desmovilización | | | |
| **3.1** | **Preparación** | | |
| **(Muestras)** Gráfico, Gráfico circular  Descripción generada automáticamente | | | |
| **Total verdes** | | **XX** | **XX%** |
| **Total amarrillas** | | **XX** | **XX%** |
| **Total rojas** | | **XX** | **XX%** |
| **3.2** | **Movilización** | | |
| **(Muestras)** Gráfico, Gráfico circular  Descripción generada automáticamente | | | |
| **Total verdes** | | **XX** | **XX%** |
| **Total amarrillas** | | **XX** | **XX%** |
| **Total rojas** | | **XX** | **XX%** |
| **3.3** | **Operaciones** | | |
| **(Muestras)** Gráfico, Gráfico circular  Descripción generada automáticamente | | | |
| **Total verdes** | | **XX** | **XX%** |
| **Total amarrillas** | | **XX** | **XX%** |
| **Total rojas** | | **XX** | **XX%** |
| **3.4** | **Desmovilización** | | |
| **(Muestras)** Gráfico, Forma, Gráfico de burbujas  Descripción generada automáticamente | | | |
| **Total verdes** | | **XX** | **XX%** |
| **Total amarrillas** | | **XX** | **XX%** |
| **Total rojas** | | **XX** | **XX%** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **Análisis del Plan de acción de la lista de verificación presentado por el grupo USAR para lograr la Acreditación** | |
| De acuerdo con revisión realizada en conjunto con la Gerencia del grupo USAR XXXXXXXX se ha determinado que el plan de acción de la lista de verificación para subsanar las amarillas y rojas de la lista de verificación, si (o no) encuentra en condiciones de poder ejecutarse. Dado que cuenta con responsables, fechas y acciones claras y objetivas. | | |
| Este plan de acción contiene las columnas:   * Acción correctiva * Responsable * Fecha solución * Comentario del Mentor | | |
| **Se adjunta Plan de acción** | | SI o No |
| **Fecha plan de acción** | | XX- XXXXX-20XX |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Observaciones y recomendaciones del Mentor** |
| En revisión detallada de la lista de verificación y del plan de acción de la lista de verificación correspondiente, como resultado de reuniones y conversaciones tanto con las autoridades de las Instituciones Patrocinantes y de la Gerencia del grupo USAR XXXXXXXX, puedo indicar: | |
| XXXXXXXXXXX | |
| Por consiguiente, puedo indicar fehacientemente que el grupo USAR XXXXXXXX está trabajando para lograr la entrega del Portafolio de Antecedentes Completo y en el plazo indicado en el manual de procedimiento poder concluir el proceso de manera exitosa obteniendo la reacreditación. | |
| En relación con las recomendaciones, cabe señalar las más relevantes entregadas al grupo USAR XXXXXX: | |
| **5.1** | XXXXXXXXXXX |
| **5.2** | XXXXXXXXXXX |
| **5.3** | XXXXXXXXXXX |
| **5.4** | XXXXXXXXXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | **Anexos** | |
| **Anexo 1:** | | 1. **Lista de verificación utilizada para la autoevaluación** |
| Se adjunta la lista de verificación utilizada para la autoevaluación entregada por el grupo USAR XXXXXX, el día XX de XXXXXX de 20XX. | | |
| **Anexo 2:** | | 1. **Plan de acción de la lista de verificación** |
| Se adjunta el último plan de acción de la lista de verificación entregado por el grupo USAR XXXXXXX, el día XX de XXXXXX de 20XX, utilizando los PAR-USAR 06.1 y PAR-USAR 06.2 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Información de envió de PAR-USAR 17** |
| Este **PAR-USAR 17** será enviado en digital, debidamente firmado por el Mentor por mail en formato digital alPFON, Líder grupo USAR, Central SNO y GTO-USAR. | |
| Los receptores del **PAR-USAR 17** 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 17** | |
| **Fecha**  **entrega** | 1. XX de XXXXXX de 20XX. |
| **Grupo**  **USAR** | 1. XXXXXX |
| **Mentor**  **grupo USAR** | 1. XXXXXX |
| **Firma Mentor** | XXXXXX |

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