

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <b>SISTEMA NACIONAL DE PROTECCION CIVIL<br/>         PROCESO DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN<br/>         NACIONAL PARA GRUPOS GNE DE BÚSQUDA Y RESCATE<br/>         URBANO (USAR)</b> | <b>ANEXO 7</b>                     |
|   | <b>Versión: 01</b>                 |
|   | <b>Actualizado:<br/>29/02/2024</b> |
| <b>PRODEDIMIENTO DE SALUD</b>   |                                    |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Nombre del Grupo</b> |  |
|-------------------------|--|

## Procedimiento de Beneficios Legales sobre Accidentes y/o Muerte o Seguros de Salud

### Descripción

Descripción de cada uno de los pasos vigentes, que permiten atender los requerimientos de atención de salud, propios del Grupo de Búsqueda y Rescate Urbano, asegurando su buen desempeño en el campo de la higiene y Prevención de Riesgos.

| Decretos o Leyes /Convenios Vigentes<br>(nombre de la entidad) | Fecha de Vigencia<br>(Desde-Hasta) | Servicios que considera | Realización de Coordinaciones en Terreno |
|--|------------------------------------|-------------------------|--|
|  |                                    |                         |  |
|  |                                    |                         |  |

Listado de Centros de Atención disponibles en la zona geográfica cercana al Grupo

| Nombre del Centro de Atención | Tipo de Atención | Dirección / Contacto |
|-------------------------------|------------------|----------------------|
|                               |                  |                      |
|                               |                  |                      |

Adjunte a esta lista, documentos que den cuenta de:

- **Leyes, Decretos o Acuerdos que benefician a los participantes.**
- Documentación que valida la obtención de los beneficios
- Delegación de autoridad directa para autorización de la documentación
- Canales de comunicación
- Protocolos del Convenio
- Diagrama de Funcionamiento, en caso de ser utilizado
- Formato de documentos definidos por la Institución para estos fines

Se adjuntan:

Nota de Orientación Médica (Estándares mínimos de vacunación para los Equipos USAR de Panamá)

Antecedentes de los Oficiales Responsables:

| Cargo                | Nombre Completo | Firma | No. de Identificación |
|----------------------|-----------------|-------|-----------------------|
| Oficial de seguridad |                 |       |                       |
| Líder del grupo      |                 |       |                       |

