

ÍNDICE

1. PROPÓSITO.....	1
2. ALCANCE	1
3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	1
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	3
5. RESPONSABILIDADES.....	4
6. INFORMACIÓN A DISPOSICIÓN PÚBLICA	4
7. SOLICITUD DE ACREDITACIÓN (SA)	5
7.1. Generalidades.....	5
7.2. Requisitos del personal.....	6
7.3. Estructura del PAO	6
7.4. Organización del PAO.....	7
7.5. Obligaciones.....	7
8. PROCESO DE ACREDITACIÓN.....	8
8.1. Apertura de expediente único y revisión de la SA	8
8.2. Designación del Equipo evaluador y Evaluación	9
8.3. Análisis de hallazgos e informe final de evaluación.....	11
8.4. Toma de decisión y otorgamiento de la acreditación.....	13
9. VIGENCIA DE LA ACREDITACIÓN	14
10. COMPROMISO DE ACREDITACIÓN	15
11. RENOVACIÓN.....	16
12. AMPLIACIÓN O REDUCCIÓN DEL ALCANCE	16
13. CONFIDENCIALIDAD	16
14. REGISTRO DE ELEGIBLES DE PERSONAS EVALUADORAS	17
15. REGISTROS.....	17
16. ANEXOS.....	18
17. CAMBIOS EN EL DOCUMENTO	19

1. **PROPÓSITO**

Establecer un procedimiento reglado que permita la acreditación de los programas de atención para ofensores (PAO); de conformidad con los apartados 9, 10, 11, 12, 13 y 15 del documento C01 “Criterios para la acreditación de los programas de atención para ofensores”.

2. **ALCANCE**

Aplica a todas las organizaciones con programa de atención para ofensores (OPAO) en proceso de acreditación, a las organizaciones con PAO acreditado, a todo el personal y órganos del INAMU involucrados en el sistema de acreditación (SAPAO).

3. **DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Ley No. 6227, Ley General de la Administración Pública, 26 octubre 1978.

Nombre y firma de revisado por:	Nombre y firma de aprobado por:	Código: P03	Página 1 de 19	Revisión: 00
		Fecha edición: 03.06.2009	Fecha entrada en vigencia:	

Ley 8220, Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, 11 marzo 2002.

INTE-ISO 19011:2002, Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.

INTE-ISO/IEC 17000:2004, Evaluación de la conformidad — Vocabulario y principios generales.

INTE-ISO/IEC 17011:2004, Evaluación de la conformidad – Requisitos generales para los organismos de acreditación que realizan acreditación de organismos de evaluación de la conformidad.

INTE-ISO 9000:2005, Sistemas de gestión de la calidad—Fundamentos y vocabulario. Manual institucional de cargos, 2006.

INTE-ISO 9001:2008, Sistema de gestión de calidad – Requisitos.

C01 Criterios para la acreditación de los programas de atención para ofensores.

P03-F01 Solicitud de acreditación o renovación.

P03-F02 Gestión en trámite.

P03-F03 Control Solicitudes de acreditación.

P03-F04 Solicitud de acreditación incompleta.

P03-F05 Archivo definitivo de Solicitud de acreditación.

P03-F06 Traslado a Comisión de acreditación.

P03-F07 Acta de sesiones de la Comisión de acreditación.

P03-F08 Comunicación de acuerdo de la Comisión de acreditación.

P03-F09 Notificación.

P03-F10 Lista de verificación para la evaluación documental y en sitio.

P03-F11 Plan de evaluación en sitio.

P03-F12 Informe final de evaluación.

P03-F13 Plan de acciones correctivas.

P03-F14 Informe de verificación.

P03-F15 Certificado y alcance de acreditación.

Código: P03	Página 2 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

- P03-F16 Compromiso de acreditación.
- P03-F17 Elevar a Presidencia Ejecutiva.
- P03-F18 Addendum al alcance de acreditación.
- P03-F19 Lista de acreditaciones vigentes.
- P03-F20 Vencimiento acreditación.
- P03-F21 Lista de acreditaciones retiradas o vencidas.
- P03-F22 Compromiso de confidencialidad y objetividad.
- P04 Procedimiento Recursos y Quejas.
- P05 Procedimiento Seguimiento y Control.
- P06 Procedimiento Sancionatorio.

4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Acciones correctivas: acción tomada para eliminar la causa del incumplimiento de un requisito.

Competencia técnica: capacidad demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades.

CA: Comisión de acreditación.

EE: Equipo evaluador.

PAC: Plan de acciones correctivas.

PAO: Programa de atención para ofensores.

OPAO: Organización con programa de atención para ofensores.

SA: Solicitud de acreditación.

SAPAO: Sistema de acreditación de los programas de atención para ofensores.

Testificar: observar a las personas evaluadoras o facilitadoras realizando sus actividades para la verificación de su competencia técnica.

VIO: Área de Violencia de Género.

Código: P03	Página 3 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

5. RESPONSABILIDADES

A todas las personas involucradas en la toma de decisiones del SAPAO les aplica las causas de abstención (impedimento, recusación), excusas e inhibición, previstas en la normativa de los artículos 230 de la Ley General de la Administración Pública, 25 y 31 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, 49, 51 y 53 del Código Procesal Civil, y 22, 22 bis y 24 de la Ley de Contratación Administrativa.

En lo aplicable y cuando corresponda, a todos los órganos colegiados involucrados en el desarrollo y ejecución del SAPAO les aplica la normativa prevista en la Ley General de la Administración Pública sobre dichos órganos.

Persona Gestora: velar porque las actividades de acreditación previstas en este procedimiento se desarrollen en cumplimiento de lo establecido. Resolver los recursos de su competencia.

Presidencia Ejecutiva: firmar como representante legal de INAMU el certificado, alcance, addendum y compromiso de acreditación de las organizaciones con PAO acreditado.

Comisión de Acreditación: designar los Equipos evaluadores, determinar la cantidad de días de evaluación, tomar la decisión de otorgar, mantener, ampliar, reducir, suspender, retirar o renovar la acreditación y resolver los recursos de su competencia, dejando evidencia de la decisión tomada y los correspondientes fundamentos en un acta en el Libro de Actas de la Comisión de Acreditación, debidamente autorizado mediante razón de apertura por la Auditoría Interna del INAMU.

Equipo Evaluador: las personas del EE son responsables de realizar las evaluaciones documentales, en sitio, de seguimiento y control y resolver los recursos de su competencia, ateniéndose a los principios parlamentarios para órganos colegiados.

Persona Evaluadora líder: debe dirigir y coordinar las actividades de evaluación y del equipo de evaluación, así como del manejo y la custodia de la documentación y resolver los recursos de su competencia.

6. INFORMACIÓN A DISPOSICIÓN PÚBLICA

6.1 La persona gestora debe mantener a disposición pública, por medio de la página web de la Institución y en versión digital, un paquete informativo con la documentación que la persona u organización interesada necesita conocer para presentar la SA. Dicho paquete informativo debe contener lo siguiente:

- Protocolo Interinstitucional de intervención para la atención de mujeres en situaciones de riesgo alto de muerte por violencia.
- Criterios para la acreditación de los programas de atención para ofensores.
- Procedimiento de Acreditación.
- Solicitud de acreditación.
- Compromiso de acreditación.
- Procedimiento de Recursos y Quejas.

Código: P03	Página 4 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

- Procedimiento de Seguimiento y Control.
- Procedimiento Sancionatorio.

6.2 Cuando cualquier persona u organización interesada solicite información sobre el SAPAO, el personal de INAMU debe remitirla a la página web de la Institución, indicándole que en el acceso del SAPAO existe un paquete informativo.

6.3 Si la persona u organización interesada solicita que la información se le brinde por otro medio, el paquete informativo se le puede enviar por correo electrónico o entregársele en versión digital en las instalaciones de la sede central del INAMU.

7. SOLICITUD DE ACREDITACIÓN (SA)

Toda Organización interesada en acreditar un PAO debe presentar una SA debidamente firmada por su representante legal, mediante formulario al que debe adjuntar toda la información y las declaraciones requeridas. Ver P03-F01 “Solicitud de acreditación o renovación”.

Cada SA debe indicar el alcance de acreditación solicitado, que se conforma por el PAO propuesto, la sede física del mismo, la persona responsable del PAO y las personas facilitadoras. Si a una misma OPAO le interesa acreditar más de un programa, debe señalarlo en el alcance de acreditación.

La OPAO interesada debe indicar claramente el tipo de solicitud que presenta. Las solicitudes pueden ser de acreditación inicial, renovación de la acreditación, ampliación del alcance de acreditación o reducción del alcance de acreditación.

La solicitud de renovación de la acreditación debe presentarse como mínimo, tres meses antes al vencimiento de la acreditación. Con esta solicitud, la Organización interesada únicamente debe presentar los documentos que deban ser actualizados, por cambio, modificación o vencimiento, respecto de los documentos presentados con la solicitud inicial.

Las especificaciones técnicas son normas de cumplimiento obligatorio y necesario, que se rigen por lo dispuesto en el apartado 11 “Especificaciones técnicas” del documento C01 “Criterios para la Acreditación de los Programas de Atención para ofensores”. Por lo tanto, las OPAO deberán presentar evidencia del cumplimiento de los siguientes requisitos:

7.1. Generalidades

La SA debe proveer la siguiente información:

- a. nombre de la OPAO, demostración de su existencia legal y personería jurídica al día, dirección, teléfono, correo electrónico y un lugar o medio para escuchar notificaciones,
- b. nombre de la persona representante legal de la OPAO y copia de su cédula de identidad o documento legal de identificación,
- c. evidencia de la decisión tomada por la Organización para dedicarse al desarrollo de un PAO;
- d. permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud y si fuese necesario, la respectiva patente o permiso de funcionamiento municipal,

Código: P03	Página 5 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

- e. evidencia de que todo el personal del PAO está contratado de conformidad con la legislación vigente.
- f. un plan de emergencias considerando desastres naturales, incendios, situaciones de riesgo, entre otros y avalado por el Ministerio de Salud para estos efectos,
- g. un plan de seguridad para situaciones de riesgo de posibles víctimas y del personal del PAO,
- h. evidencia de haber realizado al menos un simulacro para el plan de emergencias,
- i. evidencia de haber realizado al menos un simulacro para el plan de seguridad en situaciones de riesgo,
- j. reseña de las actividades y otros servicios que presta la OPAO,
- k. nombre y número de cédula de identidad o documento legal de identificación de la persona responsable del PAO y de su suplente en caso de ausencia, así como el currículum y atestados de cada una de las personas,
- l. nombre y número de cédula de identidad o documento legal de identificación de las personas facilitadoras, así como el currículum y atestados de cada una,
- m. nombre y número de cédula de identidad o documento legal de identificación de todo otro personal involucrado en el PAO,
- n. declaraciones juradas de que la OPAO cumple con los requisitos normativos y reglamentarios del país; que no le aplican las prohibiciones de la Ley de Contratación Administrativa ni las incompatibilidades que prevea el ordenamiento jurídico para la prestación de este servicio;
- o. alcance de acreditación solicitado, que incluya su sede física, la persona responsable del PAO, a las personas facilitadoras que les será evaluada su competencia técnica,
- p. todos los documentos y registros anexos que se le requieran y
- q. declaración de que la OPAO conoce y acepta cumplir en todos sus extremos, los requisitos, obligaciones y procedimientos del SAPAO para la acreditación.
- r. evidencia de que se cuenta con un monitoreo de los servicios prestados.

7.2. Requisitos del personal

Sobre el personal del PAO, la SA debe proveer la evidencia del cumplimiento de lo dispuesto en el punto 11.2 “Requisitos del Personal” del documento C01 “Criterios para la acreditación de los programas de atención para ofensores”, que contenga los siguientes aspectos:

- a. Evidencia de que la OPAO realiza valoraciones para asegurar la competencia técnica.
- b. Evidencia de que el personal del PAO es compatible para realizar sus funciones.
- c. El personal es compatible para la realización de sus funciones conforme a lo establecido en el apartado 11.2.3 del documento C01 “Criterios para la acreditación de los programas de atención para ofensores”.
- d. Mecanismo de la OPAO para asegurar el desarrollo profesional continuo del personal del PAO, de acuerdo con el punto 11.2.4 del documento de criterios C01.
- e. Proyecciones de ingreso de ofensores y necesidad de formar facilitadores.
- f. Las personas facilitadoras no utilizan prácticas de intervención contraindicadas.

7.3. Estructura del PAO

Sobre aspectos metodológicos del PAO, la SA debe proveer la siguiente información:

Código: P03	Página 6 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

- a. Evidencia de la implementación de las dos modalidades de intervención (individual y grupal).
- b. Población meta que atiende el PAO
- c. Enfoques, principios, objetivos y orientaciones metodológicas utilizados para la intervención.
- d. Cómo se utilizan los resultados de las sesiones grupales para el cumplimiento de los objetivos por parte de las personas facilitadoras.
- e. Autoevaluación de la metodología y las técnicas del proceso grupal.
- f. Mecanismos de supervisión y evaluación que se realiza a las personas facilitadoras para demostrar la consecución de los objetivos, desarrollo del contenido de las agendas para el proceso grupal.
- g. Aspectos metodológicos de la sistematización del proceso grupal para cada una de las sesiones.

7.4. Organización del PAO

- a. Descripción del contenido, los objetivos y el compromiso de participación que se desarrollan en la entrevista de valoración con los ofensores.
- b. Metodología utilizada para garantizar el cumplimiento de las causales de la salida técnica del ofensor del proceso de intervención.
- c. Descripción del contenido de las agendas para las sesiones grupales.
- d. Descripción de la forma en que se obtienen los registros para la elaboración del Informe final de la participación del ofensor, que haga constar el cumplimiento del PAO.
- e. Mecanismos de evaluación del desempeño individual, en el logro de los objetivos del proceso grupal.
- f. Indicadores que permitan medir el éxito del proceso grupal.

7.5. Obligaciones

Como parte de las obligaciones que le corresponde asumir al PAO y al personal involucrado, debe incluirse dentro de la SA la siguiente información:

- a. Estrategia ejecutada por la OPAO para ejercer control efectivo sobre el PAO, avalar los cambios que se efectúan y comunicarlos al SAPAO.
- b. Estrategia ejecutada para garantizar que el personal del PAO conozca, aplique y cumpla el compromiso ético y de confidencialidad.
- c. Formato del compromiso ético y de confidencialidad.
- d. Mecanismo de custodia de información derivada de las acciones del PAO, bajo el principio de confidencialidad y actualización.
- e. Mecanismo de evaluación del PAO con indicadores de impacto.
- f. Plan de inducción del personal del PAO.
- g. Descripción de los mecanismos de coordinación interna y externa que se aplican en el PAO para las comunicaciones con la autoridad judicial.
- h. Mecanismos para velar por el cumplimiento de lo dispuesto en las especificaciones técnicas que le aplican al personal así como las medidas correctivas y disciplinarias pertinentes a toda infracción.

Código: P03	Página 7 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

8. PROCESO DE ACREDITACIÓN

La acreditación es un proceso voluntario que se inicia cuando una OPAO presenta la SA y puede interrumpirse en cualquier momento, a petición de la misma.

El proceso de acreditación debe realizarse cumpliendo las siguientes etapas:

- Apertura de expediente único y revisión de la SA.
- Designación del EE y evaluación.
- Análisis de hallazgos e informe final de evaluación.
- Toma de decisión y otorgamiento de la acreditación.

Para visualizar de manera gráfica el procedimiento de acreditación ver el **Anexo 1** “Pictograma del proceso de acreditación”.

8.1. Apertura de expediente único y revisión de la SA

8.1.1. La persona Gestora debe mantener en un expediente único para cada organización, todos los documentos y registros que se produzcan dentro del procedimiento de acreditación y sean necesarios para demostrar el cumplimiento de los requisitos previstos. Dicho expediente debe manejarse de forma segura para garantizar la confidencialidad y si existen documentos físicos, sus folios deberán numerarse de forma consecutiva, ascendente y cronológica. Toda manifestación o gestión de la OPAO dentro del procedimiento de acreditación, debe presentarse con indicación del número de expediente único.

8.1.2. La persona Gestora es responsable de la custodia y manejo del expediente único.

8.1.3. El expediente único de la OPAO debe incluir:

- a. solicitud de acreditación;
- b. decisiones y resoluciones dictadas dentro del procedimiento de acreditación y evidencia de su notificación;
- c. registros e informes de evaluación;
- d. copia de las decisiones de integrar EE y en caso de impedimento o recusación la excusa por escrito de las personas del EE;
- e. copia de las decisiones de otorgar, reducir, ampliar, suspender, retirar o renovar la acreditación;
- f. registros de recursos, quejas y copia de las resoluciones según corresponda;
- g. copias de los certificados, addendum y alcances;
- h. originales firmados de los compromisos de acreditación y
- i. todo otro documento que se produzca dentro del proceso de acreditación y resulte necesario para demostrar el cumplimiento de los requisitos previstos para la acreditación.

8.1.4. La OPAO debe presentar en VIO, oficinas centrales del INAMU, el P03-F01 “Solicitud de acreditación o renovación”, que debe acompañar con toda la información y los anexos requeridos en forma digital y documentos impresos cuando se requiera.

8.1.5. La OPAO debe señalar lugar o medio para oír notificaciones. La persona Gestora debe notificar cada trámite del procedimiento en la dirección señalada. Siempre que resulte necesario,

Código: P03	Página 8 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

la persona Gestora debe informar a la OPAO sobre el estado del proceso de acreditación, con el P03-F02 “Gestión en trámite”.

8.1.6. En el momento de la presentación de la SA, la persona Gestora debe abrir el expediente único, asignándole un número consecutivo de acuerdo con el orden de presentación, registrado en el P03-F03 “Control de solicitudes de acreditación”; y verificar que la SA cumple con todos los requisitos solicitados, utilizando el P03-F01 “Solicitud de acreditación o renovación”,

8.1.7. Si la persona Gestora determina que la SA está incompleta, dentro de los tres días siguientes debe prevenir por una única vez a la OPAO, con el P03-F04 “Solicitud de acreditación incompleta”, para que subsane los incumplimientos.

8.1.8. La OPAO debe completar la SA dentro de los siguientes diez días hábiles.

8.1.9. Si la OPAO no completa la SA dentro del plazo concedido, la persona Gestora debe proceder al archivo definitivo del expediente, dentro de los tres días siguientes al vencimiento del mismo, notificándole a la OPAO con el P03-F05 “Archivo definitivo de la solicitud de acreditación”.

8.1.10. Cuando la persona Gestora determina que la solicitud está completa, debe elevar el expediente a la CA dentro de los tres días siguientes, usando el P03-F06 “Traslado a Comisión de acreditación”.

8.2. Designación del Equipo evaluador y Evaluación

8.2.1. Dentro de los cinco días hábiles siguientes al recibo del expediente, la CA debe designar formalmente a un EE, que estará conformado por una persona evaluadora líder y un número adecuado de personas evaluadoras según el alcance de la SA, asimismo debe determinar el número de días necesarios para la evaluación en sitio.

8.2.2. En el acto de cada designación de un EE, la CA prevendrá a las personas evaluadoras designadas que deben abstenerse de participar en la evaluación si existen motivos de impedimento o recusación que las afecten y que puedan comprometer la validez del procedimiento o de la decisión de acreditación.

8.2.3. La CA debe registrar su decisión en el formulario, P03-F07 “Acta de sesiones de la Comisión de acreditación”, y dentro de los tres días siguientes debe comunicar el acuerdo a la persona Gestora con el P03-F08 “Comunicación de acuerdo de la Comisión de acreditación”, acompañado del expediente único respectivo.

8.2.4. La persona Gestora debe comunicar su designación a las personas del EE y el número de días establecidos para la evaluación en sitio, dentro de los tres días siguientes, con la copia del P03-F08 y firma de recibido a quienes se encuentren en oficinas centrales, y mediante fax a las que se encuentren fuera de ellas, con acuse de recibido.

8.2.5. Si alguna de las personas del EE se encuentra en situación de abstención (impedimento o recusación) debe presentar su justificación de inhibición por escrito, a la persona Gestora, en los siguientes tres días a la comunicación de su designación. La persona Gestora debe foliar ese

Código: P03	Página 9 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

escrito dentro del expediente único y elevar el mismo a conocimiento de la CA para que, si ello procede, designe otra persona.

8.2.6. Una vez firme el acuerdo que designa el EE, en los siguientes tres días la persona Gestora debe notificar a la OPAO por medio del P03-F09 “Notificación” y poner a disposición de la persona Evaluadora líder la copia digital de la SA, sus anexos y cualesquiera otros documentos que se consideren pertinentes para la evaluación.

8.2.7. La persona Gestora debe coordinar con la OPAO en proceso de acreditación y el EE, las fechas para la evaluación en sitio y debe notificar a ambas partes con el P03-F09 “Notificación”.

8.2.8. La evaluación incluye evaluación documental y en sitio, para comprobar la veracidad de la información suministrada, verificar que el PAO cumple a cabalidad los requisitos de acreditación establecidos por el SAPAO y que las personas facilitadoras cuentan con la competencia técnica para desarrollar los procesos individuales y grupales con ofensores.

8.2.9. El EE debe revisar todos los documentos y registros proporcionados por la OPAO en proceso de acreditación para evaluar el cumplimiento de requisitos, haciendo uso del P03-F10 “Lista de verificación para la evaluación documental y en sitio”; dispone de diez días para realizar la evaluación documental y presentar el P03-F11 “Plan de evaluación en sitio” a la Gestora. Este plan debe contener los horarios para la reunión de apertura, las entrevistas y testificaciones a la persona responsable del PAO, a las personas facilitadoras y sus respectivos suplentes, y la reunión de cierre.

8.2.10. Dentro de los tres días siguientes al recibo del P03-F11 “Plan de evaluación en sitio”, la persona Gestora debe notificarlo a la OPAO con el P03-F09 “Notificación”.

Transitorio: Durante los dos primeros años a partir de la entrada en vigencia del SAPAO el desempeño de las personas facilitadoras se testificará durante las evaluaciones de Seguimiento y Control.

8.2.11. Si por razones operativas la OPAO solicita ajustes al Plan de Evaluación en sitio, debe manifestarlo por escrito en los siguientes tres días hábiles a la notificación del mismo. Dicha solicitud se puede hacer por una única vez.

8.2.12. La OPAO debe aceptar por escrito el Plan de Evaluación en sitio en los siguientes tres días hábiles a su notificación.

8.2.13. En la fecha acordada, el EE y los representantes de la OPAO inician la evaluación en sitio con una reunión de apertura, la cual debe ser dirigida por la persona evaluadora líder. Se debe registrar la asistencia en el P02-F07 “Lista de asistencia”.

8.2.14. La evaluación en sitio incluye la verificación de los servicios que ofrece la OPAO y la revisión de sus instalaciones físicas de conformidad con lo estipulado en las especificaciones técnicas de Criterios, con el propósito de confirmar la idoneidad para el desarrollo del PAO. También incluye la realización de entrevistas y testificaciones a la persona responsable del PAO, a las personas facilitadoras, para verificar su competencia técnica, así como observación de actividades y revisión de documentos.

Código: P03	Página 10 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

8.2.15. El EE recopila evidencia objetiva sobre la competencia técnica de la OPAO y del cumplimiento de los requisitos de acreditación. El EE registra sus observaciones en el P03-F10 “Lista de verificación para la evaluación documental y en sitio”

8.2.16. Las personas del EE deben consultarse periódicamente para intercambiar información, valorar el progreso de la evaluación y reasignar las tareas entre ellas según sea necesario.

8.2.17. El EE debe reunirse cuando sea necesario para:

- a. revisar los hallazgos de la evaluación,
- b. definir y evaluar los incumplimientos y observaciones detectadas. Se debe hacer referencia exactamente a la documentación, registros o pruebas en que se fundamentan e indicar el apartado de los Criterios o documento que no se cumple, y
- c. coordinar actividades con objeto de asegurar el cumplimiento de objetivos diarios y planificar la próxima jornada de evaluación.

8.2.18. La evaluación en sitio debe concluir con una reunión de cierre entre el EE y las personas representantes de la OPAO, en la que se realiza un resumen oral sobre los resultados obtenidos. Las personas representantes de la OPAO pueden efectuar preguntas sobre los hallazgos, incluyendo los incumplimientos, si existieran, y sus fundamentos. Se debe registrar la asistencia en el P02-F07 “Lista de asistencia”.

8.2.19. Cuando una organización tenga varios PAO en proceso de acreditación, el EE debe realizar la evaluación documental y en sitio para cada uno de los programas que se especifiquen en el alcance de acreditación, según corresponda.

8.3. Análisis de hallazgos e informe final de evaluación

8.3.1. El EE debe analizar toda la información y evidencia recopilada durante la evaluación documental y en sitio, para determinar el grado de competencia y de cumplimiento de los requisitos de la acreditación por parte de la organización con PAO en proceso de acreditación.

8.3.2. La persona Evaluadora líder presenta el P03-F12 “Informe final de evaluación” a la persona Gestora, en un plazo máximo de diez días posteriores a la evaluación en sitio.

8.3.3. Dentro de los tres días siguientes a su recibo y en caso de que el Informe final de evaluación no señale incumplimientos de la OPAO, la persona Gestora debe notificar con el P03-F09 dicho informe a la OPAO, adjuntando el P03-F12 “Informe final de evaluación”, y elevar a la CA el expediente de la organización con PAO en proceso de acreditación para la toma de decisión con el P03-F06 “Traslado a Comisión de acreditación”.

8.3.4. Dentro de los tres días siguientes a su recibo, y en caso que el Informe final de evaluación señale incumplimientos de la OPAO, la persona Gestora debe notificar con el P03-F09 dicho informe a la OPAO, adjuntando el P03-F12 “Informe final de evaluación”, en el cual se menciona la necesidad de un Plan de acciones correctivas (PAC), para resolver los incumplimientos señalados y de esta manera cumplir con todos los requisitos para la acreditación.

Código: P03	Página 11 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

8.3.5. Dentro del plazo de diez días hábiles la OPAO debe presentar original firmado y copia digital del PAC. Este plan debe describir las acciones específicas tomadas y las que se planifica tomar en un plazo máximo de veinte días hábiles para su implementación. Este plazo rige una vez aprobado el PAC.

8.3.6. Si la OPAO no presenta el PAC dentro del plazo concedido al efecto, la persona Gestora debe proceder al archivo definitivo del expediente y notificar a la OPAO con el P03-F05 “Archivo definitivo de la solicitud de acreditación”.

8.3.7. La persona Gestora debe poner el PAC en conocimiento de la persona Evaluadora líder, para que la misma determine si las acciones propuestas son suficientes y eficaces, en un plazo máximo de tres días.

8.3.8. Si la persona Evaluadora líder considera insuficientes las acciones propuestas, en los siguientes diez días informa con el P03-F13 “Plan de acciones correctivas” a la persona Gestora que la OPAO debe realizar los ajustes pertinentes al PAC, por una única vez.

8.3.9. La persona Gestora, en los siguientes tres días, debe notificar con el P03-F09 a la OPAO la solicitud de ajustes al PAC, adjuntando el P03-F13.

8.3.10. La OPAO debe realizar los ajustes al PAC en los siguientes diez días, la persona Gestora de inmediato debe ponerlo en conocimiento de la persona Evaluadora líder, quien dentro de los siguientes tres días, debe decidir si lo acepta o no, en caso afirmativo debe establecer fecha para la evaluación de verificación de la implementación de las acciones correctivas.

8.3.11. La persona Gestora, en los siguientes tres días, debe notificar con el P03-F09 a la OPAO la aceptación o rechazo del PAC, adjuntando el P03-F13.

8.3.12. Si la OPAO no presenta los ajustes al PAC en el plazo establecido, o la persona Evaluadora líder considera que los mismos no son satisfactorios, la persona Gestora debe proceder al archivo definitivo del expediente y notificar a la OPAO con el P03-F05 “Archivo definitivo de la Solicitud de acreditación”.

8.3.13. La OPAO implementa las acciones correctivas e informa a la persona Gestora. El plazo máximo de implementación de acciones correctivas es de veinte días hábiles a partir de la fecha en que se aprueba la totalidad del plan propuesto por la OPAO.

8.3.14. La persona Gestora, coordina con el EE la realización de la evaluación de verificación para determinar la completa implementación de acciones correctivas.

8.3.15. El EE realiza la evaluación de verificación en un plazo no mayor a diez días siguientes al vencimiento para la implementación de las acciones correctivas y debe presentar en los siguientes tres días, un informe mediante el P03-F14 “Informe de verificación”.

8.3.16. En los siguientes tres días, la persona Gestora notifica a la OPAO con el P03-F09 adjuntando el P03-F14 “Informe de verificación” y debe trasladar con el P03-F06 a la CA el expediente único de la OPAO en proceso de acreditación para la toma de decisión.

Código: P03	Página 12 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

8.4. Toma de decisión y otorgamiento de la acreditación

8.4.1. La CA debe asegurar que cada decisión sobre la acreditación sea tomada por personas distintas de quienes llevaron a cabo la evaluación.

8.4.2. La CA con base en el expediente único, verifica que se hayan cumplido los requisitos de acreditación y toma la decisión fundamentada de otorgar, reducir, ampliar, mantener, negar o renovar la acreditación con el alcance aprobado, en un plazo máximo de 10 días.

8.4.3. La CA registra su decisión en el formulario, P03-F07 “Acta de sesiones de la Comisión de acreditación” y debe comunicar el acuerdo a la persona Gestora con el P03-F08 “Comunicación de acuerdo de la Comisión de acreditación”, acompañado del expediente único respectivo.

8.4.4. La persona Gestora, en los siguientes tres días, notifica con el P03-F09 a la OPAO la resolución tomada adjuntando el P03-F08 “Comunicación de acuerdo de la Comisión de acreditación”.

8.4.5. Si la decisión de la CA es adversa a la solicitud, la OPAO puede presentar los recursos ordinarios que considere oportunos, los cuales se resuelven según el procedimiento P04 “Procedimiento Recursos y Quejas”.

8.4.6. Si la decisión es de otorgar o renovar la acreditación, en los siguientes tres días, la persona Gestora debe elaborar el Certificado y Compromiso de Acreditación, mediante formularios P03-F15 “Certificado y alcance de acreditación” y P03-F16 “Compromiso de acreditación” y elevar dichos documentos a la Presidencia Ejecutiva para la correspondiente firma, con el P03-F17 “Elevar a la Presidencia Ejecutiva”.

8.4.7. Si la decisión es de ampliar la acreditación, en los siguientes tres días, la persona Gestora debe elaborar un addendum de Acreditación, mediante formulario P03-F18 “Addendum al alcance de acreditación” el cual mantiene la vigencia de la acreditación original y elevar dicho documento a la Presidencia Ejecutiva para la correspondiente firma, con el P03-F17 “Elevar a la Presidencia Ejecutiva”.

8.4.8. Si la decisión es reducir la acreditación, en los siguientes tres días, la persona Gestora debe elaborar un nuevo certificado con el P03-F15 “Certificado y alcance de acreditación”, manteniendo la vigencia de la acreditación original y elevar dicho documento a la Presidencia Ejecutiva para la correspondiente firma, con el P03-F17 “Elevar a la Presidencia Ejecutiva”.

8.4.9. La Presidencia Ejecutiva debe firmar el P03-F15 “Certificado y alcance de acreditación” o el P03-F18 “Addendum al alcance de acreditación” y el P03-F16 “Compromiso de acreditación” dentro de los tres días siguientes a su recibo.

8.4.10. La persona Gestora debe comunicar a la OPAO que el “Compromiso de acreditación” está listo para ser firmado por su representante legal. Una vez firmado, debe entregar al representante legal el “Certificado y alcance de acreditación” o el “Addendum al alcance de acreditación” según corresponda y copia del “Compromiso de acreditación”.

Código: P03	Página 13 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

8.4.11. La persona Gestora debe mantener en custodia una copia del P03-F15 “Certificado y alcance de acreditación”, P03-F18 “Addendum al alcance de acreditación” y el original firmado del P03-F16 “Compromiso de acreditación” en el expediente único de la OPAO.

8.4.12. La persona Gestora debe registrar la información de la OPAO en el P03-F19 “Lista de acreditaciones vigentes”, en los siguientes tres días posteriores a la firma del compromiso de acreditación y tramitar con el P03-F17 “Elevar a la Presidencia Ejecutiva” la lista.

8.4.13. La PE tiene tres días para firmar el P03-F19 “Lista de acreditaciones vigentes”.

8.4.14. La persona Gestora debe remitir el P03-F19 “Lista de acreditaciones vigentes” a la Corte Suprema de Justicia, cada vez que la misma sufra un cambio y durante el mes de enero de cada año.

9. VIGENCIA DE LA ACREDITACIÓN

9.1 La acreditación otorgada tiene una vigencia de 2 años.

9.2 Tres meses antes del vencimiento la persona Gestora notifica con el P03-F20 “Vencimiento acreditación” a la organización con PAO acreditado que debe presentar la solicitud de renovación.

9.3 Si la OPAO no presenta la solicitud de renovación y la acreditación se vence, la persona Gestora debe proceder al cierre definitivo del expediente y dentro de los tres días siguientes al vencimiento de la misma, notificar con el P03-F20 a la OPAO.

9.4 Durante la vigencia de la acreditación se deben realizar evaluaciones de seguimiento y control de acuerdo con el P05 “Procedimiento Seguimiento y Control”.

9.5 Las evaluaciones de seguimiento y control pueden generar la apertura de un proceso sancionatorio de conformidad con el P06 “Procedimiento Sancionatorio”, que conlleve a la reducción, suspensión o retiro de la acreditación, si se comprueba que se han producido cambios que alteran el cumplimiento de los requisitos o el alcance de la acreditación.

9.6 En caso de suspensión, retiro o vencimiento de la acreditación la persona Gestora debe registrar la información de la OPAO en el P03-F21 “Lista de acreditaciones retiradas o vencidas”, en los tres días posteriores al vencimiento o a la toma de la decisión de suspender o retirar, y elevar a la PE con el P03-F19 la lista.

9.7 La PE tiene tres días para firmar el P03-F21 “Lista de acreditaciones retiradas o vencidas”.

9.8 La persona Gestora debe remitir la “Lista de acreditaciones retiradas o vencidas” a la Corte Suprema de Justicia, cada vez que la misma sufra un cambio y durante el mes de enero de cada año.

9.9 Si durante la vigencia de la acreditación, la OPAO sufre algún cambio en su existencia legal, personería jurídica o instalaciones físicas, o el PAO cambia de personal o el mismo incurre en faltas contra su compromiso ético y de confidencialidad, esta situación debe ser comunicada a la

Código: P03	Página 14 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

persona Gestora para que se programe la correspondiente evaluación de control de acuerdo con el P05 “Procedimiento Seguimiento y Control”.

10. COMPROMISO DE ACREDITACIÓN

10.1 La Organización con PAO acreditado debe:

- a. cumplir y respetar la normativa aplicable al alcance de acreditación, incluidas las políticas, los criterios, requisitos específicos, las especificaciones técnicas, las obligaciones del personal del PAO y todos los procedimientos del SAPAO;
- b. hacer referencia a la acreditación de acuerdo con el alcance de la misma, dentro del principio de la buena fe y diligencia, únicamente con respecto al alcance de su acreditación, con la sede física, la persona responsable del PAO, las personas facilitadoras y suplentes evaluados;
- c. mantener vigilancia constante del cumplimiento de las especificaciones técnicas del PAO y del compromiso ético y de confidencialidad suscrito por el personal del PAO, así como del desarrollo profesional continuo del mismo, según los requerimientos de los “Criterios para la Acreditación de los Programas de Atención para Ofensores”;
- d. velar porque las personas facilitadoras no hagan referencia a su inclusión en el alcance, de forma tal que se pueda entender que se encuentran acreditados en su carácter personal;
- e. realizar oportunamente y por los medios pertinentes, las notificaciones a la autoridad judicial o de policía que le corresponda, de conformidad con los criterios y procedimientos del SAPAO;
- f. emitir como documento probatorio de la finalización del programa, únicamente constancia de cumplimiento, que no incluya ninguna declaración técnica sobre el estado, diagnóstico o capacidades del ofensor, ni declaraciones en el sentido que ha cambiado, no significa un peligro o no volverá a agredir;
- g. abstenerse de utilizar la acreditación concedida de manera que afecte el buen nombre, la reputación e imagen del INAMU;
- h. registrar y atender debidamente todas las quejas referentes al desarrollo y ejecución del PAO presentadas por interesado legitimado;
- i. acatar de inmediato las medidas cautelares dictadas por la Comisión de acreditación;
- j. cesar inmediatamente el inicio de nuevos grupos, suspender el uso de toda publicidad que contenga referencia a su condición de acreditado y devolver el certificado de acreditación cuando corresponda, en el evento de que la acreditación de su PAO se suspenda o retire;
- k. proveer acceso a su sede física y a la información, documentos y registros que sean necesarios para la evaluación y mantenimiento de la acreditación o auditorías internas del SAPAO, incluyendo en todo caso, los registros de quejas;
- l. brindar al INAMU toda la cooperación que sea necesaria para verificar el cumplimiento de los requisitos de la acreditación;
- m. permitir al INAMU, dentro del proceso de seguimiento y control de la acreditación, las evaluaciones que se le programen y las que se acuerden;
- n. informar al INAMU de forma inmediata, todo cambio en su existencia legal y personería jurídica, de la posibilidad de cambio de su sede física, la persona responsable del PAO, las personas facilitadoras o los suplentes, cualquier otro que sea relevante y que afecten su capacidad para cumplir con los requisitos establecidos para el alcance de acreditación;
- o. implementar los cambios en los requisitos de acreditación que decida el INAMU, dentro del tiempo que se le conceda y permitir la verificación de su cumplimiento y
- p. solicitar por escrito la renovación de la acreditación, con un mínimo de tres meses de anticipación al vencimiento de su vigencia.

Código: P03	Página 15 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

10.2 El INAMU se obliga a:

- a. mantener a disposición de cualquier persona interesada, por los medios que considere oportunos, registro de las acreditaciones vigentes y de las acreditaciones vencidas, suspendidas o retiradas. El registro de las acreditaciones vigentes incluye nombre y dirección de la Organización con PAO acreditado; alcance, fecha de otorgamiento y vencimiento de la acreditación. El registro de las acreditaciones vencidas, suspendidas o retiradas incluye nombre y dirección de la Organización, estado de la acreditación y fecha a partir de la que rige su estado;
- b. resguardar la integridad y confidencialidad de toda la información y documentación que se genere en el proceso de evaluación y acreditación;
- c. informar y notificar a la organización con PAO acreditado, en el domicilio fijado en la solicitud, todo cambio en los requisitos de acreditación, concediéndole el tiempo necesario para el cumplimiento, de conformidad con la naturaleza del requisito que se haya modificado.

11. RENOVACIÓN

11.1 En caso que la OPAO desee renovar la acreditación, debe presentar con un mínimo de tres meses antes de que se prescriba la misma, la correspondiente solicitud de renovación en el P03-F01 “Solicitud de acreditación o renovación”, incluyendo solamente la información que deba ser actualizada, por cambio, modificación o vencimiento.

11.2 Para los efectos del trámite de la solicitud de renovación, aplica en su totalidad lo dispuesto en el apartado 8 de este procedimiento. La evaluación para la renovación es similar a una evaluación inicial, excepto que debe tenerse en cuenta la experiencia obtenida durante las evaluaciones previas.

12. AMPLIACIÓN O REDUCCIÓN DEL ALCANCE

12.1 La organización con PAO acreditado que requiera reducir o ampliar el alcance de acreditación debe presentar el P03-F01 “Solicitud de acreditación o renovación”, definiendo claramente el alcance de acreditación para el cual solicita la ampliación o reducción.

12.2 Para reducir o ampliar el alcance de acreditación, se ejecuta lo dispuesto en el apartado 8 de este procedimiento.

12.3 El período de vigencia de una ampliación del alcance de acreditación está en función de la acreditación vigente.

13. CONFIDENCIALIDAD

13.1 La persona Gestora debe asegurarse que todas las personas involucradas en el SAPAO firmen el P03-F22 “Compromiso de confidencialidad y objetividad”.

Código: P03	Página 16 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

13.2 Las personas involucradas en el SAPAO que manejan y custodian la documentación de la OPAO son responsables de su confidencialidad.

14. REGISTRO DE ELEGIBLES DE PERSONAS EVALUADORAS

14.1 La CA debe elaborar un registro de elegibles y actualizarlo anualmente, utilizando la información obtenida con la metodología de evaluación para contar con las personas más idóneas, de acuerdo con el Procedimiento Control y Revisión del sistema.

14.2 La CA debe fundamentar la decisión tomada en el P03-F07 Acta de sesiones de la Comisión de acreditación.

14.3 La Comisión designa a los equipos evaluadores utilizando el registro de elegibles.

15. REGISTROS

Código	Título	Lugar de archivo (electrónico/físico)	Tiempo conservación en INAMU	Disposición final
P03-F01	Solicitud de acreditación o renovación	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F02	Gestión en trámite	Físico: expediente único de cada OPAO. Electrónico: en la Intranet en la carpeta de consecutivos.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F03	Control Solicitudes de acreditación	Físico: archivo de control de solicitudes.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F04	Solicitud de acreditación incompleta.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F05	Archivo definitivo de Solicitud de acreditación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F06	Traslado a Comisión de acreditación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F07	Acta de sesiones de la Comisión de acreditación.	Físico: libro de actas.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03 -F08	Comunicación de acuerdo de la Comisión de acreditación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03- F09	Notificación.	Físico: expediente único de	20 años	Archivo

		cada OPAO.		Central de INAMU
P03- F10	Lista de verificación para la evaluación documental y en sitio.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F11	Plan de evaluación en sitio.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03 -F12	Informe final de evaluación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03- F13	Plan de acciones correctivas.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03- F14	Informe de verificación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F15	Certificado y alcance de acreditación.	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F16	Compromiso de Acreditación	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F17	Elevar a Presidencia Ejecutiva	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F18	Addendum al alcance de acreditación	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F19	Lista de Acreditaciones vigentes	Físico: archivo de listas de acreditación.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F20	Vencimiento acreditación	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F21	Lista de Acreditaciones retiradas o vencidas	Físico: archivo de listas de acreditación.	20 años	Archivo Central de INAMU
P03-F22	Compromiso de confidencialidad y objetividad	Físico: expediente único de cada OPAO.	20 años	Archivo Central de INAMU

16. ANEXOS

16.1 Diagrama de flujo del proceso de acreditación.

Código: P03	Página 18 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	

17. CAMBIOS EN EL DOCUMENTO

No aplica.

Código: P03	Página 19 de 19	Revisión: 00
Fecha edición: 03.05.2009	Fecha entrada en vigencia:	