Planificación para la Continuidad de Operaciones (COOP)

Organización:_____

FUNCIÓN ESENCIAL

DEPARTAMENTO O AGENCIA RESPONSABLE POR LA FUNCIÓN: _____

Nivel de Prioridad	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Tiempo de Recuperación Esperado	•	Horas	Días	Semanas
¿Aumenta la necesidad de la función en un desastre?	•	____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____	
Necesidad de Credenciales Especiales	•	____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____	
Procedimientos Estándares de Operación Disponibles	•	____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____	
La operación se Puede Realizar Remotamente o en Ubicación Alternativa	•	____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____	
Se Necesitan Recursos para la Función Esencial				
Están Disponibles los Recursos para Realizar la Función Remotamente o en Ubicación Alternativa	•	____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____	
Sistemas Disponibles para Mantener la Función				

PERSONA(S) QUE NORMALMENTE ES (SON) RESPONSABLE(S) DE REALIZAR ESTA FUNCIÓN

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Name _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

PERSONAL DE APOYO CAPACITADO PARA CONTINUAR LA FUNCIÓN (Por favor provea al menos 3):

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

FUNCIÓN ESENCIAL

DEPARTAMENTO O AGENCIA RESPONSABLE POR LA FUNCIÓN: _____

Nivel de Prioridad	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Tiempo de Recuperación Esperado	• Horas	Días	Semanas	
¿Aumenta la necesidad de la función en un desastre?	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Necesidad de Credenciales Especiales	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Procedimientos Estándares de Operación Disponibles	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
La operación se Puede Realizar Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Se Necesitan Recursos para la Función Esencial				
Están Disponibles los Recursos para Realizar la Función Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Sistemas Disponibles para Mantener la Función				

PERSONA(S) QUE NORMALMENTE ES (SON) RESPONSABLE(S) DE REALIZAR ESTA FUNCIÓN

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Name _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

PERSONAL DE APOYO CAPACITADO PARA CONTINUAR LA FUNCIÓN (Por favor provea al menos 3):

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

FUNCIÓN ESENCIAL

DEPARTAMENTO O AGENCIA RESPONSABLE POR LA FUNCIÓN: _____

Nivel de Prioridad	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Tiempo de Recuperación Esperado	• Horas	Días	Semanas	
¿Aumenta la necesidad de la función en un desastre?	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Necesidad de Credenciales Especiales	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Procedimientos Estándares de Operación Disponibles	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
La operación se Puede Realizar Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Se Necesitan Recursos para la Función Esencial				
Están Disponibles los Recursos para Realizar la Función Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Sistemas Disponibles para Mantener la Función				

PERSONA(S) QUE NORMALMENTE ES (SON) RESPONSABLE(S) DE REALIZAR ESTA FUNCIÓN

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Name _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

PERSONAL DE APOYO CAPACITADO PARA CONTINUAR LA FUNCIÓN (Por favor provea al menos 3):

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

FUNCIÓN ESENCIAL

DEPARTAMENTO O AGENCIA RESPONSABLE POR LA FUNCIÓN: _____

Nivel de Prioridad	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4
Tiempo de Recuperación Esperado	• _____Horas _____Días _____Semanas
¿Aumenta la necesidad de la función en un desastre?	• ____NO ____SÍ (Por favor especifique) _____
Necesidad de Credenciales Especiales	• ____NO ____SÍ (Por favor especifique) _____
Procedimientos Estándares de Operación Disponibles	• ____NO ____SÍ (Por favor especifique) _____
La operación se Puede Realizar Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO ____SÍ (Por favor especifique) _____
Se Necesitan Recursos para la Función Esencial	
Están Disponibles los Recursos para Realizar la Función Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO ____SÍ (Por favor especifique) _____
Sistemas Disponibles para Mantener la Función	

PERSONA(S) QUE NORMALMENTE ES (SON) RESPONSABLE(S) DE REALIZAR ESTA FUNCIÓN

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Name _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

PERSONAL DE APOYO CAPACITADO PARA CONTINUAR LA FUNCIÓN (Por favor provea al menos 3):

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

FUNCIÓN ESENCIAL

DEPARTAMENTO O AGENCIA RESPONSABLE POR LA FUNCIÓN: _____

Nivel de Prioridad	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Tiempo de Recuperación Esperado	• _____Horas	_____Días	_____Semanas	
¿Aumenta la necesidad de la función en un desastre?	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Necesidad de Credenciales Especiales	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Procedimientos Estándares de Operación Disponibles	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
La operación se Puede Realizar Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Se Necesitan Recursos para la Función Esencial				
Están Disponibles los Recursos para Realizar la Función Remotamente o en Ubicación Alternativa	• ____NO	____SÍ (Por favor especifique) _____		
Sistemas Disponibles para Mantener la Función				

PERSONA(S) QUE NORMALMENTE ES (SON) RESPONSABLE(S) DE REALIZAR ESTA FUNCIÓN

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Name _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

PERSONAL DE APOYO CAPACITADO PARA CONTINUAR LA FUNCIÓN (Por favor provea al menos 3):

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre: _____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____

Nombre_____

Posición: _____

E-mail y número de teléfono: _____

_____