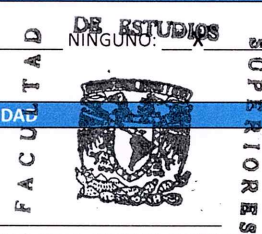




FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACROS



INFORMACIÓN GENERAL						
FECHA		DEPENDENCIA O ENTIDAD		EDIFICIO O UNIDAD		
14/05/2024		FES Zaragoza		CUAS Reforma		
NOMBRE DE RESPONSABLE CLS		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO		
Dr. Vicente Jesús Hernández Abad		55 3888 1395		direccion@zaragoza.unam.mx		
USO DE INMUEBLE O INSTALACIÓN		POBLACIÓN FIJA		POBLACIÓN FLOTANTE		
Educación e Investigación		179		46		
NO. DE NIVELES	ELEVADORES	ESCALERAS DE EMERGENCIA		SÓTANO		
2	SI	NO X	SI	NO X	SI	NO X
DATOS GENERALES DEL SIMULACRO						
<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS</p> SISMO: <input checked="" type="checkbox"/> INCENDIO: _____ MATERIALES PELIGROSOS: _____ FUGA DE GAS: _____ OTRA: _____						
<p style="text-align: center;">TIPO DE SIMULACRO</p> GABINETE: _____ INTEGRAL <input checked="" type="checkbox"/> MACRO: _____ REPLIEGUE: <input checked="" type="checkbox"/> EVACUACIÓN PARCIAL: _____ EVACUACIÓN TOTAL: <input checked="" type="checkbox"/> CON PREVIO AVISO: <input checked="" type="checkbox"/> SIN PREVIO AVISO: _____						
<p style="text-align: center;">DURACIÓN</p> HORA DE INICIO: <u>10:30</u> HORA DE TÉRMINO: <u>10:48</u> TIEMPO REALIZADO EN LA EVACUACIÓN DEL INMUEBLE: <u>1:15 minutos</u>						
<p style="text-align: center;">PERSONAS EVACUADAS</p> COMUNIDAD UNIVERSITARIA: <u>179</u> VISITANTES: <u>46</u> PERSONAS CON DISCAPACIDAD: _____ TOTAL EVACUADAS: <u>228</u>						
REALIZACIÓN DEL SIMULACRO						
SISTEMA DE ALERTAMIENTO UTILIZADO TIMBRE: _____ SIRENA: _____ SILBATO: _____ CAMPANA: _____ MEGAFÓNO: _____ VOCEO: _____ OTRO: ALERTA SISMICA						
BRIGADAS INTERNAS QUE PARTICIPARON						
PRIMERIO AUXILIOS: _____ EVACUACIÓN Y REPLIEGUE: <input checked="" type="checkbox"/> MULTIFUNCIONAL: _____ COMBATE DE INCENDIOS: _____ BÚSQUEDA Y RESCATE: _____ OTRA: CIPC _____ ¿CUENTA CON EQUIPO DE IDENTIFICACIÓN? SÍ: <input checked="" type="checkbox"/> NO: _____						
EQUIPO E INSTALACIONES DE EMERGENCIA UTILIZADOS						
HIDRANTES: _____ EXTINTORES: _____ BOTIQUINES: _____ NINGUNO: <input checked="" type="checkbox"/> OTROS: _____						
COMISIÓN LOCAL DE SEGURIDAD						
Nombre y firma <u>DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD</u>						
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN LOCAL DE SEGURIDAD			SELLO DE LA ENTIDAD O DEPENDENCIA			

DIRECCION

2024 05 14 10:48



OBSERVACIONES

Se realizó el simulacro de Sismo en CUAS Reforma, con base al "Protocolo en caso de sismo". Las actividades continuaron de manera cotidiana.

TESTIGO FOTOGRÁFICO

CLÍNICA REFORMA

