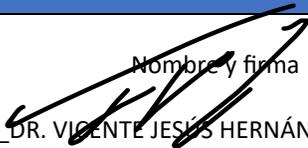




FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACROS



INFORMACIÓN GENERAL						
FECHA		DEPENDENCIA O ENTIDAD		EDIFICIO O UNIDAD		
19/09/2023		FES Zaragoza		Campus III		
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		180		3		
NO. DE NIVELES	ELEVADORES	ESCALERAS DE EMERGENCIA		SÓTANO		
	SI NO X	SI	NO X	SI	NO X	
DATOS GENERALES DEL SIMULACRO						
HIPÓTESIS						
SISMO: <input checked="" type="checkbox"/> INCENDIO: _____ MATERIALES PELIGROSOS: _____						
FUGA DE GAS: _____ OTRA: _____						
TIPO DE SIMULACRO						
GABINETE: <input checked="" type="checkbox"/> INTEGRAL _____ MACRO: _____						
REPLIEGUE: <input checked="" type="checkbox"/> EVACUACIÓN PARCIAL: <input checked="" type="checkbox"/> EVACUACIÓN TOTAL: _____						
CON PREVIO AVISO: <input checked="" type="checkbox"/> SIN PREVIO AVISO: _____						
DURACIÓN						
HORA DE INICIO: _____ 11:00 _____ HORA DE TÉRMINO: _____ 11:21 _____						
TIEMPO REALIZADO EN LA EVACUACIÓN DEL INMUEBLE: _____ 4.20 minutos _____						
PERSONAS EVACUADAS						
COMUNIDAD UNIVERSITARIA: _____ 114 _____ VISITANTES: _____ 3 _____						
PERSONAS CON DISCAPACIDAD: _____ 1 _____ TOTAL EVACUADAS: _____ 118 _____						
REALIZACIÓN DEL SIMULACRO						
SISTEMA DE ALERTAMIENTO UTILIZADO						
TIMBRE: _____ SIRENA: _____ SILBATO: _____ CAMPANA: _____						
MEGAFÓN: _____ VOCEO: _____ OTRO: ALERTA SISMICA BOCINAS _____						
BRIGADAS INTERNAS QUE PARTICIPARON						
PRIMERIO AUXILIOS: <input checked="" type="checkbox"/> EVACUACIÓN Y REPLIEGUE: _____ 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						
 _____ DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD						
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN LOCAL DE SEGURIDAD				SELLO DE LA ENTIDAD O DEPENDENCIA		

OBSERVACIONES

TESTIGO FOTOGRÁFICO

