



FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACROS



INFORMACIÓN GENERAL						
FECHA		DEPENDENCIA O ENTIDAD		EDIFICIO O UNIDAD		
19/04/2023		FES Zaragoza		FES Zaragoza		
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		14, 357		2000		
NO. DE NIVELES	ELEVADORES	ESCALERAS DE EMERGENCIA		SÓTANO		
4	SI X NO	SI X	NO	SI	NO X	
DATOS GENERALES DEL SIMULACRO						
HIPÓTESIS						
SISMO: <input checked="" type="checkbox"/> INCENDIO: _____ MATERIALES PELIGROSOS: _____						
FUGA DE GAS: _____ OTRA: _____						
TIPO DE SIMULACRO						
GABINETE: _____ INTEGRAL _____ MACRO: <input checked="" type="checkbox"/>						
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: 11:15						
TIEMPO REALIZADO EN LA EVACUACIÓN DEL INMUEBLE: 10 minutos						
PERSONAS EVACUADAS						
COMUNIDAD UNIVERSITARIA: 1465 VISITANTES: 400						
PERSONAS CON DISCAPACIDAD: 0 TOTAL EVACUADAS: 2071						
REALIZACIÓN DEL SIMULACRO						
SISTEMA DE ALERTAMIENTO UTILIZADO						
TIMBRE: _____ SIRENA: _____ SILBATO: _____ CAMPANA: _____						
MEGAFÓNO: _____ VOCEO: _____ OTRO: <u>ALERTA SISMICA BOCINAS</u>						
BRIGADAS INTERNAS QUE PARTICIPARON						
PRIMERIO AUXILIOS: <input checked="" type="checkbox"/> EVACUACIÓN Y REPLIEGUE: _____ MULTIFUNCIONAL: _____						
COMBATE DE INCENDIOS: _____ BÚSQUEDA Y RESCATE: _____ OTRA: _____						
¿CUENTA CON EQUIPO DE IDENTIFICACIÓN? SÍ: <input checked="" type="checkbox"/> NO: _____						
EQUIPO E INSTALACIONES DE EMERGENCIA UTILIZADOS						
HIDRANTES: <input checked="" type="checkbox"/> EXTINTORES: <input checked="" type="checkbox"/> BOTIQUINES: <input checked="" type="checkbox"/> NINGUNO: _____						
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

CLINICAS

AURORA



BENITO JUÁREZ



ESTADO DE MÉXICO





FORMATO DE EVALUACIÓN DE SIMULACROS



NEZAHUALCÓYOTL



REFORMA



REYES



TAMAULIPAS



L4 EVACUACIÓN

A5



POSGRADO



BIBLIOTECA



UMIEZ



REPLIEGUE A6



PLANTA PILOTO



CAMPUS III

