

10.1 EVALUACIÓN DE SIMULACRO PARA EMPRESAS

DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento:		*Giro del establecimiento:	A.P.V.	A.R.	S.P.E.	O.M.	N.C.
Nombre:		<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Director General <input type="checkbox"/> Otro		Gerente			
Ubicación:			Colonia:				
Delegación:			Municipio:			Código Postal:	
Teléfono:	Fax:	No. trabajadores:	No. Ocupantes:	Días laborales semanalmente	Horario laboral:		

CARACTERÍSTICAS DEL EDIFICIO

Condiciones generales del edificio:	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>	No. de niveles _____
Cuenta con sótano	Si _____	No _____	Escaleras de emergencia	Si _____ No _____
Cuenta con estacionamiento	Si _____	No _____	Escaleras de servicio	Si _____ No _____
Capacidad:			_____ autos	

PARTICIPANTES

Población fija _____	Población flotante _____	Personas con discapacidad participantes _____
Áreas participantes:	No. total de personal participante: _____	Comportamiento:
Total <input type="checkbox"/>		Bueno <input type="checkbox"/>
Operativa <input type="checkbox"/>		Regular <input type="checkbox"/>
Administrativa <input type="checkbox"/>		Malo <input type="checkbox"/>
Hipótesis planteada: _____	Desalojo total _____	Desalojo parcial _____
		¿En qué pisos? _____
		Sin previo aviso _____
		Previo aviso _____

EVALUACIÓN

Hora de inicio de alerta (primera señal) _____	Hora de inicio de evacuación (segunda señal) _____	Hora de evacuación total del edificio (punto de reunión) _____	Duración del desalojo _____	
Tipo de sistema de alertamiento utilizado _____			SI	NO
1. Respuesta inmediata a la señal de alerta			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Coordinadores, brigadistas y jefes de piso son fácilmente identificables			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tipo de equipo de seguridad utilizado en el simulacro _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuenta con señalización acorde a normas oficiales vigentes			SI	NO
5. Es adecuada la señalización (ubicación, visibilidad, cantidad)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se encontraron obstáculos en rutas de evacuación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuenta con iluminación de emergencia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fácil acceso a zona de seguridad			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zona de seguridad cuenta con espacio suficiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Según el escenario planteado			SI	NO
1. Existen muertos y/o heridos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se tiene apoyo externo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de apoyo _____				
Comportamiento de los brigadistas _____				
Se realizó reunión de evaluación			SI	NO
Autoridades presentes _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluador Nombre y firma	Responsable del inmueble Nombre y firma	Observaciones _____		

Fecha: _____

- *A.P.V.: Atención a personas vulnerables.
- *A.R.: Alto riesgo.
- *S.P.E.: Servicios y edificios prioritarios y estratégicos.
- *O.M.: Ocupación masiva.
- *N.C.: No clasificados.