



INFORMACIÓN GENERAL DEL SIMULACRO

Fecha: ____ / ____ / ____
DD MM AA

Empresa, dependencia o institución: _____

Coordinador de seguridad e higiene: _____

Dirección: _____

Tipo de inmueble o instalación: _____

Niveles del inmueble: _____

Estacionamiento: Sí No

Población fija: _____ Población flotante: _____

Elevadores: Sí No Escaleras de emergencia: Sí No Sótano: Sí No

Niveles: _____ Inferiores: _____ Superiores: _____

Capacidad: _____ Abierto: Sí No Cerrado: Sí No

Helibase: Sí No Coordenadas: _____

DATOS GENERALES DEL SIMULACRO

Hipótesis planteada: Incendio Sismo Emergencia química Amenaza de bomba Otro: _____

Tipo de evacuación: Repliegue Evacuación parcial Evacuación total Previo aviso: Sí No

¿Existe simulacro de gabinete?: Sí No Fecha de elaboración: ____ / ____ / ____
DD MM AA

Notificación del simulacro: Personal interno Vecinos Autoridades e instituciones
 Activación al 9 11 Activación de Grupo de Ayuda Mutua

DURACIÓN DEL SIMULACRO

Duración total del ejercicio: _____ Hora de término: _____

Duración de la evacuación del inmueble: _____

Personas evacuadas: _____ Personas no evacuadas: _____

Motivo(s) por lo que no se evacuaron: _____

Sistema de alertamiento utilizado: Timbre Sirena Silbato Campana Megáfono Voceo Otro: _____

¿Se instaló puesto de mando?: Sí No ¿Se instaló puesto de primeros auxilios?: Sí No

¿Debidamente señalizado?: Sí No ¿Debidamente señalizado?: Sí No

¿Se aplicó el plan de alertamiento?: Sí No ¿Quiénes participaron en la reunión?: Autoridades institucionales Instituciones de apoyo

¿Se aplicó el plan de emergencia?: Sí No Brigadistas Observadores Otros: _____

¿Se aplicó el plan de evaluación de daños?: Sí No **Brigadas internas que participaron:**

¿Se aplicó el plan de vuelta a la normalidad?: Sí No Primeros auxilios Evacuación de inmuebles Comunicación

¿Se realizó pase de lista en punto de reunión?: Sí No Combate de incendios Otros: _____

¿Se realizó reunión de evaluación?: Sí No **Equipos y recursos de emergencia utilizados:**

Hidrantes Extintores Equipo de protección personal

Botiquines Ambulancia Otros: _____

TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS DEPENDENCIAS QUE PARTICIPARON

Protección Civil: _____ Cruz Roja: _____ Otras: _____

Seguridad Pública: _____ Bomberos: _____ _____

CRUM: _____ Asistencia Privada: _____ _____

OBSERVACIONES GENERALES



EVALUACIÓN

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. ¿La ubicación de las zonas de menor riesgo es funcional?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 2. ¿El o los puntos de reunión o zonas de seguridad son funcionales?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 3. ¿Las rutas de evacuación son funcionales?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 4. ¿Las salidas de emergencia son funcionales?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 5. ¿Hubo participación de mandos medios y superiores?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 6. ¿Se presentó alguna anomalía en el proceso de evacuación?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 7. ¿Se aplicaron correctamente protocolos actualizados de primeros auxilios?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 8. ¿Se aplicaron correctamente protocolos y técnicas de combate contra incendios?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 9. ¿Se cuenta con el equipo de protección personal completo?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 10. ¿Se utilizó de forma correcta el equipo de protección personal? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 11. ¿Existió una correcta coordinación con grupos de ayuda externa?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| 12. ¿El puesto de mando fue funcional?: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |

COMENTARIOS

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

COORDINACIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL EL MARQUÉS

POR LA EMPRESA, DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN

Nombre, cargo y firma

Responsable del inmueble
Nombre, cargo y firma

Nombre, cargo y firma

Jefe de brigadas
Nombre, cargo y firma