|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No.(2) | SIMULACRO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA (3) | EQUIPO DE BRIGADA(4) | FECHA(5) | OBSERVACIONES(6) |
| PROG. | REAL |
|  | INCENDIO FORESTAL | RESPONSABLE:JEFE DE BRIGADA: JUAN MENDOZA HERNÁNDEZINTEGRANTES:CELSO DE LEON SÁNCHEZ ANTONIO CEDILLO VARGAS JAVIER RODRIGUEZ RIVERAROSA MARÍA ALMANZA MEDRANOREYNALDO MARTÍNEZ SALAS JOSÉ ANTONIO RIVERA BRITO | ABRIL AGOSTO |  | EN CASO DE QUE EL SEMÁFORO COVID NO ESTÉ EN VERDE EL RESPONSABLE DE ESTE SIMULACRO SERÁ EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN CIVIL DEL INSTITUTO. |
|  | SISMOS | RESPONSABLE:DANIEL DOMÍNGUEZ ESTUDILLO INTEGRANTES:FELIX MANZANARES BINESAS LEANDRO GARZA ALVIZO GERARDO VIDAL VÁZQUEZ MARTHA RODRÍGUEZ GUTIERREZ GREGORIO VILLALBA PEÑA NORBERTO QUIÑONESGARCIA | MAYOSEPTIEMBRE |  | EN CASO DE QUE EL SEMÁFOROCOVID NO ESTÉ EN VERDE EL RESPONSABLE DE ESTE SIMULACRO SERÁ EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN CIVIL DEL INSTITUTO. |
|  | ACTIVIDAD VOLCÁNICA | RESPONSABLE:DANIEL DOMÍNGUEZ ESTUDILLO INTEGRANTES:FELIX MANZANARES BINESAS LEANDRO GARZA ALVIZO GERARDO VIDAL VÁZQUEZ MARTHA RODRÍGUEZ GUTIERREZ GREGORIO VILLALBA PEÑA NORBERTO QUIÑONESGARCIA | JUNIO NOVIEMBRE |  | EN CASO DE QUE EL SEMÁFOROCOVID NO ESTÉ EN VERDE EL RESPONSABLE DE ESTE SIMULACRO SERÁ EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN CIVIL DEL INSTITUTO. |
|  |  |  |  |  |
| Coordinador del Sistema de GestiónING. VÍCTOR HUGO ANTONIO LÓPEZ | Autorización Director(a)M.C. PORFIRIO ROBERTO NAJERA MEDINA | Fecha de Elaboración del programa12 ENERO DEL 2024 |

INSTRUCTIVO

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Año de ejecución del programa |
| 2 | Número consecutivo de los simulacros por orden de prioridad |
| 3 | Tipo de simulacro de acuerdo al formato Anexo 1 |
| 4 | Nombres de las personas que integran la brigada (si aplica) |
| 5 | Fechas programadas y reales de ejecución del simulacro |
| 6 | Observaciones de las actividades realizadas, si se logró el objetivo, recursos, participantes, etc. |
| 7 | Nombre y firma del coordinador de Seguridad e higiene laboral |
| 8 | Nombre y firma del Director del Instituto o Centro de Trabajo |
| 9 | Fecha de elaboración del Programa |

Vo.Bo.