|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 HERNÁNDEZ  INTEGRANTES:  CELSO DE LEON SÁNCHEZ ANTONIO CEDILLO VARGAS JAVIER RODRIGUEZ RIVERA  ROSA MARÍA ALMANZA MEDRANO  REYNALDO 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 QUIÑONES  GARCIA | | MAYO  SEPTIEMBRE | |  | 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. | |
|  | | ACTIVIDAD VOLCÁNICA | RESPONSABLE:  DANIEL DOMÍNGUEZ ESTUDILLO INTEGRANTES:  FELIX MANZANARES BINESAS LEANDRO GARZA ALVIZO GERARDO VIDAL VÁZQUEZ MARTHA RODRÍGUEZ GUTIERREZ GREGORIO VILLALBA PEÑA NORBERTO QUIÑONES  GARCIA | | JUNIO NOVIEMBRE | |  | 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. | |
|  |  | | |  | |  | | |  |
| Coordinador del Sistema de Gestión  ING. VÍCTOR HUGO ANTONIO LÓPEZ | | | Autorización Director(a)  M.C. PORFIRIO ROBERTO NAJERA MEDINA | | Fecha de Elaboración del programa  12 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.