**DE :**

**A :**

**FECHA :**

**HORA :**

**LUGAR :**

**ASUNTO :**

**OBJETIVOS:**

**HIPÓTESIS DEL SIMULACRO:**

**INFORMACIÓN SECUENCIAL DEL SIMULACRO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha del simulacro** |  | | |
| **Hora de inicio** |  | **Hora de Termino** |  |
| **Tiempo total del simulacro** |  | | |

**(Continúa colocar la hora y describir el desarrollo de las actividades y acciones tomadas durante la emergencia)**

**PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN DE LA EMERGENCIA:** Las Gerencias, personas y/o entes involucrados en el simulacro que fueron informados son:

1. **Equipo de Respuesta a Emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Personal de la Ambulancia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Doctor de Guardia de la Unidad Médica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ***Control de Transito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***
5. ***Supervisor del Servicio de Vigilancia*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **Gerente del Área Involucrada:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Gerente de Operaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Los Gerentes indicados de acuerdo al Protocolo de Comunicaciones, según prioridad:**
9. **Funcionarios, jefes y/o supervisores que representan a los Gerentes indicados de acuerdo al Protocolo de Comunicaciones**

También podría considerarse las comunicaciones con los representantes de las:

1. **Entidades de Apoyo Externas (PNP, Fiscalía, Otros Equipos de Emergencias, Hospitales, etc.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PERSONAL QUE ATENDIO LA EMERGENCIA***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Ítem*** | ***cargo*** | ***Nombres y Apellidos*** | ***DNI*** |
| ***1*** |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |

***PERSONAL QUE CONFORMA EL GRUPO DE LIDERES (en caso se active)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ítem*** | ***cargo*** | ***Nombres y Apellidos*** |  | ***DNI*** |
| ***1*** |  |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |  |

***PERSONAL QUE CONFORMA EL COMITÉ DE EMERGENCIA O CRISIS (en caso se active)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Ítem*** | ***cargo*** | ***Nombres y Apellidos*** | ***DNI*** |
| ***1*** |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |

***En caso se generen Residuos***

***Responsable de la disposición:***

***Material y Cantidad de residuos:***

**CONCLUSIONES:**

1. La valoración general de este simulacro de emergencia como resultado de la evaluación realizada, es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (elegir: aceptable / No aceptable), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (elegir: habiéndose / No habiéndose) cumplido con los objetivos previstos durante el Simulacro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos del Evaluador** | **Valoración Final Cuantitativa** | **Valoración Final Cualitativa** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**RECOMENDACIONES:**

**GALERIA DE FOTOS DEL SIMULACRO:**

**Atte.**

**Firma:**