

**INFORME DE SIMULACRO**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
COREDUCFecha Elaboración:
2017Fecha Publicación:
2017

Página 1 de 3

ANTECEDENTES GENERALES

| | |
|---------------------------|--|
| NOMBRE ESTABLECIMIENTO: | |
| DIRECCIÓN: | |
| FECHA SIMULACRO: | |
| AREA (S) / SECCIONES (S): | |
| CONTINGENCIA (S): | |

TIEMPOS REALES DE EVACUACION

| AREA / SECCIÓN | TIEMPO CONTROLADO | N° EVACUADOS |
|----------------|-------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
|--|

EVALUACION PARTICIPANTESCOMPORTAMIENTO PERSONAL PARTICIPANTE BUENO REGULAR MALO **OBSERVACIONES**

| |
|--|
| |
|--|

VIAS DE EVACUACIONSe han producido interferencias en la evacuación de las áreas: SI NO Puntos o zonas con estrechamientos peligrosos: SI NO Obstáculos en vías de evacuación o salidas de emergencias: SI NO Señalización adecuada de vías evacuación/salidas emergencia: SI NO Capacidad de las vías de evacuación: Suficiente Insuficiente **OBSERVACIONES**

| |
|--|
| |
|--|

**INFORME DE SIMULACRO**SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
COREDUCFecha Elaboración:
2017Fecha Publicación:
2017

Página 1 de 3

MEDIOS DE EMERGENCIA

| | | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sistema de alarma y alerta funciono adecuadamente: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Alumbrado de emergencia funciono adecuadamente: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Escalas de emergencia funcionaron adecuadamente: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Las comunicaciones y equipamiento fue adecuado: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Zonas de seguridad bien ubicadas y señalizadas: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |

SUMINISTROS

| | | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Personal asignado corto suministro de gas: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Personal asignado corto suministro de electricidad: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |
| Personal asignado corto suministro de petróleo: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NA | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
|--|

CONCLUSIONES

| |
|--|
| |
|--|

MEJORAS PROPUESTAS

| ACCIONES | RESPONSABLES | FECHA IMPLEMENTACION |
|----------|--------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| REALIZO | REVISO: | EVALUO |
|---------|---------|---------|
| NOMBRE: | NOMBRE: | NOMBRE: |
| RUT: | RUT: | RUT: |
| CARGO: | CARGO: | CARGO: |
| FIRMA: | FIRMA: | FIRMA: |