



**CUESTIONARIO DE VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN MATERIA DE
PROTECCIÓN CIVIL.**

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL (INDUSTRIA, COMERCIAL O DE SERVICIO)	
GIRO O ACTIVIDAD	
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	
NOMBRE (S) DE (LOS) PROPIETARIOS	
NOMBRE DEL RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (ANEXAR COPIA DEL PODER NOTARIAL)	
DOMICILIO FISCAL (ANEXAR CROQUIS DE LOCALIZACIÓN)	
CALLE Y NUMERO	
ENTRE LA CALLE	Y LA CALLE
COLONIA	LOCALIDAD
MUNICIPIO	C.P.
TELÉFONO (S)	FAX (SES)



		SI	NO
1	Con el fin de establecer acciones preventivas y de auxilio para salvaguardar la integridad de empleados y personas que concurren al o a los inmueble(s) así como proteger las instalaciones, bienes e información vital ante la ocurrencia de calamidades. ¿Cuenta su empresa o establecimiento con el Programa Específico de Protección Civil?		
1.1	En caso afirmativo, ¿acudió ya a la Coordinación Municipal de Protección Civil y Bomberos para su evaluación?		
1.2	En caso negativo, mencione ¿Qué plazo requiere para elaborarlo? (tiempo máximo 10 días hábiles) _____ _____		
2	¿Cuenta con Cuerpo especializado de protección civil (brigadas) conformado con el personal del establecimiento comercial, industria o de servicio encargado de desarrollar y dirigir las acciones elaborar, implementar y coordinar el Programa Específico de Protección Civil?		
2.1	En caso afirmativo, especifique (anexar directorio)		
2.1.1	Personal que la conforma _____ _____		
2.1.1.1	Coordinador o responsable del cuerpo responsable _____ _____		
2.1.2	Profesión o especialidad de cada uno de los integrantes anexar relación _____ _____ _____		
2.1.3	Cargo que ostentan en la empresa _____ _____ _____		
2.1.4	En caso negativo, indique el tiempo en que lo conformara (tiempo máximo 3 días hábiles) _____		
2.1.5	Tiene en su instalación e inmueble conformadas brigadas de Protección Civil de primeros auxilios, prevención, combate de incendios, evacuación y de búsqueda y rescate, en caso negativo, confórmelas de inmediato (máximo 10 días hábiles)		
		SI	NO
3.	¿Tiene identificados los agentes perturbadores que puedan afectar el o los inmuebles, de la empresa, establecimiento y el personal que se encuentra en ellos?		



3.1	¿Tiene identificados los riesgos internos?		
3.2	En caso afirmativo ¿Cuáles son? _____ _____ _____		
3.3	¿Tiene identificados los riesgos externos que se puedan desencadenar ante la presencia de un fenómeno perturbador?		
3.4	En caso afirmativo ¿Cuáles son? _____ _____		
4.	¿Ha realizado alguna evaluación de las medidas y requerimientos de seguridad, dentro y Fuera del (los) inmueble (s), de su empresa o negocio?		
5.	¿Cuenta con un (os) responsable(s), especialista(s), consultor o prestadores de servicios externos que pueda(n) auxiliarlo en la autoverificación de las medidas de seguridad en materia de Protección Civil?		
5.1	En caso afirmativo mencione el nombre, teléfono, dirección y No. de registro ante Protección Civil de la consultoría externa _____ _____ _____		
6.	¿Se llevaron a cabo modificaciones administrativas y físicas dentro de la empresa o establecimiento para el cumplimiento de las medidas de seguridad en materia de Protección Civil?		
6.1	En caso afirmativo ¿Cuáles son? _____ _____ _____		
6.2	En caso negativo ¿Cuáles se instrumentaran? _____ _____		
		SI	NO
7.	¿Ha realizado modificaciones o adecuaciones al reglamento interno u ordenamiento jurídico a fin de incluir las acciones de Protección Civil y ubicar a la unidad interna dentro de la estructura organizacional del establecimiento comercial, industrial o de servicios?		
7.1	En caso afirmativo ¿Cuáles son? _____		



7.2	En caso negativo ¿Cuáles se modificarán? _____		

8.	Tiene su(s) inmueble(s) las señalizaciones de seguridad conforme a la (NOM-003-SEGOB-2011 tales como:		
8.1	Rutas de evacuación		
8.2	Salida de emergencia		
8.3	Zonas de seguridad		
8.4	Extintores		
8.5	Alarmas y equipo de seguridad contra incendios		
8.6	Primeros Auxilios		
8.6.1	Señalización Preventiva, Restrictiva, informativa y de obligatoriedad		
8.6.2	Residuos Peligrosos		
8.6.3	Residuos Filmables		
8.6.4	Residuos Biológicos		
8.6.5	Residuos Infecciosos		
8.6.6	Residuos Corrosivos		
8.6.7	Residuos Tóxicos		
8.6.8	Residuos Reactivos		
8.7	Otros (especifique) _____		

8.8	En caso negativo, póngalas a la brevedad (tiempo máximo 05 días hábiles) _____		

9.	¿Cuenta su empresa o industria con equipo de seguridad?		
9.1	En caso afirmativo marque con una (x) el equipo con el que cuenta		
De primeros auxilios		De evacuación de inmuebles:	
Identificador	()	Identificador	()
Casco	()	Casco	()
Lentes protectores	()	Lámpara sorda	()
Botas	()	Luz de emergencia	()
Botiquín portátil	()	Sistema de alarma	()
Camilla	()	Otros: _____	
R.C.P.	()		
Otros: _____			
De prevención y combate de incendios		De búsqueda y rescate	
Chaquetón y pantalón de bomberos	()	Silbato	()
Casco	()	Overol	()
Gautes	()	Casco	()



Botas	()	Botas	()
Hacha	()	Guantes	()
Equipo de aire autónomo	()	Pico y palas	()
Lámpara sorda	()	Otros: _____	
Bomba contra incendios (Hidrante)	()		
Gasolina	()		
Eléctrica	()		
Otros: _____			
			SI NO
9.2	Cuenta con bitácora de mantenimiento de todos sus equipos de seguridad		
10.	En caso de riesgo, siniestro o desastre, tiene clasificadas y trazadas sus zonas de seguridad del inmueble (Anexar croquis interno y externo) 100, 300 y 500 metros.		
11.	¿Tiene implementadas las salidas de emergencias? (cantidad y ubicación) con cerradura de pánico.		
11.1	¿Tiene espacio suficiente para una evacuación? (en función de la población)		
12.	¿Cuenta con extintores e hidrantes colocados conforme a la normatividad de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social (NOM-002-STPS-2010)		
12.1	En caso afirmativo, ¿tiene un programa para asegurar permanentemente que tengan la presión adecuada, carga vigente, libre acceso y bitácora de mantenimiento?		
12.2	Señale el nombre, dirección y teléfono de la empresa que le da mantenimiento y carga a los extintores e hidrantes _____ _____ _____		
13.	¿Cuenta con un sistema de distribución de agua contra incendios?		
13.1	Cisterna(s) _____ Capacidad _____		
13.2	Tanque elevado _____ Capacidad _____		
14.	Tiene a la vista los directorios de los servicios externos de urgencias y emergencias más cercanos a su establecimiento		
15.	¿Ha realizado simulacros conforme a los riesgos a que está expuesta su empresa o industria, dirigido por el cuerpo especializado de seguridad y/o brigada de Protección Civil?		
			SI NO
15.1	En caso afirmativo, ¿ha evaluado sus resultados?		
15.2	En caso negativo, instrúmtelo a la brevedad e informe los resultados a esta Coordinación (mínimo dos veces al año) nota: Los requerimientos para la realización de los simulacros deberá complementarse a partir de simulacros de gabinete y operativos sin y con previo aviso.		
16.	¿Tiene elaborado e implementado un programa de capacitación y adiestramiento en materia de Protección Civil?		
17.	¿Cuenta con un programa y registro de simulacros?		
18.	¿Almacena, maneja o transporta sustancias, materias primas, insumos, productos, desechos y residuos tóxicos o peligrosos? (cumplimiento a la NOM-114-STPS)		



18.1	En caso afirmativo, anexe hoja de inscripción como empresa generadora de residuos peligrosos ante la SEMARNAT		
18.1.1	Anexar estudio RETIB de cada uno de los residuos generados		
18.1.2	Anexar hoja de entrega, transporte y recepción de la empresa transportista, sellada de recibido del destino o disposición final		
18.1.3	Anexar nombre y registro de la empresa transportista ante la SEMARNAT		
18.2	¿Cuenta usted con sus hojas de seguridad? (En caso negativo exija a su proveedor las hojas respectivas)		
19.	Está inscrita a algún grupo de ayuda mutua su empresa, industria o establecimiento		
19.1	En caso afirmativo, indique a cual pertenece _____ _____		
20.	¿Existen grupos voluntarios externos de rescate y prehospitales que pudieran auxiliarlos ante una urgencia o emergencia?		
20.1	En caso afirmativo, ¿cuáles? _____ _____		
21.	Tiene considerada una partida presupuestal para los programas de prevención y auxilio de Protección Civil		
21.1	En caso afirmativo indicar en que lo destina _____ _____		
21.2	En caso negativo implementarlo a la brevedad _____		
22.	Lo han visitado verificadores o inspectores de la Coordinación General de Protección Civil del Estado de México		
22.1	Qué resultados han obtenido de estas visitas _____ _____		
23.	¿Qué medidas realizara de inmediato para cumplir con la Norma Oficial Mexicana 003-SEGOB-2011? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		



DECLARACIÓN

El C. _____ propietario,
responsable o representante legal de la empresa declara bajo protesta de decir verdad que ha contestado
con objetividad y honestidad este cuestionario.

Atlacomulco, México a _____ de _____ del año 20__

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA	SELLO DE LA EMPRESA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS	SELLO DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS
NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR DEL CUESTIONARIO	

