|  |
| --- |
| **PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL** |
| **Número de expediente:** |  | **Fecha de ingreso:** |  |  |  |
| **Número de folio:** |  | **Foja:** |  | **Libro:** |  |
| **Recibido por:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre y firma** | **(Sello con fecha de recibido)** |
| **Programa Interno de Protección Civil** | **Nuevo ( )** | **Actualización ( )** |
| **Se entrega para evaluación los siguientes planes:****( ) Plan operativo para la implementación de las Unidades Internas de Protección Civil** **( ) Plan de contingencias** **( ) Plan de continuidad**  |

|  |
| --- |
| ***LA DOCUMENTACIÓN QUE SE RECIBE EN EL ACTO Y LA QUE SEA ENVIADA POSTERIORMENTE, SERÁ ANALIZADA Y EVALUADA.******LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN O EMPRESA, DEBERÁN SOLVENTAR LAS DEFICIENCIAS Y OBSERVACIONES CONTENIDAS EN EL VISTO BUENO DE PROTECCIÓN CIVIL QUE SE EMITA, REMITIENDO A LA COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL, LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE Y LA EVIDENCIA FOTOGRÁFICA QUE SUSTENTE EL CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD SEÑALADAS, EN EL PLAZO CONVENIDO, INDEPENDIENTE DE LA SUPERVISIÓN FÍSICA QUE PUDIERA EFECTUAR ESTA DIRECCIÓN.*** |
| **PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE** |
| Declaramos que la información contenida en esta solicitud y sus anexos es fidedigna y que puede ser verificada por la Coordinación Estatal de Protección Civil, la que en caso de omisión o falsedad, podrá invalidar el trámite y/o aplicar las sanciones correspondientes. Lugar y fecha: **Chetumal, Quintana Roo a 07 de Octubre de 2015**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Q.F.B. JUAN CARLOS AZUETA CARDENAS** |
| **Nombre y firma del Representante Legal** |
| **LIC. FELIPE DE JESUS CRIOLLO RIVERO** |
| **Nombre y Firma del Responsable del Programa Interno de Protección Civil\*** |

\* En términos de los Artículos 81 y 84 de la Ley de Protección Civil del Estado de Quintana Roo, cuando el Programa Interno de Protección Civil haya sido elaborado por un prestador de servicios registrado ante la Coordinación Estatal de Protección Civil se deberá anexar ***Copia del Registro Vigente Como Prestador de Servicio*** y en caso de que haya sido elaborado por personal de la propia Dependencia o Institución o Empresa se deberá presentar una ***carta de responsabilidad*** firmada por el Representante Legal y el Responsable de la elaboración del programa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número de expediente:** |  | **Número de folio:** |  |

***1. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre, denominación o razón social:**DIRECCION GENERAL DEL COLEGIO DE BACHILLERES** | R.F.C.:**CBE8008274T6** |
| Nombre y cargo del representante legal:**JUAN CARLOS AZUETA CARDENAS.- DIRECTOR GENERAL DEL COBAQROO** |
| Domicilio para oír y/o recibir notificaciones:**CALLE OTHON P. BLANCO, No. 243, COL. CENTRO, C.P. 77000. CHETUMAL QUINTANA ROO** |
| Nombre y cargo del responsable del inmueble:**FELIPE DE JESUS CRIOLLO RIVERO.- DIRECTOR ADMINISTRATIVO** |
| Número de registro del Sistema de Información Empresarial: |
| Cámara a la que pertenece: | **No aplica** | Número de registro: | **No aplica** |
| Fecha de afiliación: | **No aplica** | CMAP \*1 | **No aplica** |
| Giro o actividad productiva principal del establecimiento:**DEPENDECIA DESENTRALIZADA DE GOBIERNO DEL ESTADO QUE BRINDA EDUCACION.** |
| Ubicación del establecimiento o inmueble: |
| Municipio: | **OTHON P. BLANCO** | Localidad: | **CHETUMAL** |
| Colonia: | **CENTRO** | C.P.: | **77000** |
| Calle: | **OTHON P. BLANCO** | No. Ext. | **243** | No. Int. |  |
| Ubicación geográfica (en decimales) | Latitud (norte-sur): **18.4963689 (Coordenadas UTM)** |
| Longitud (este-oeste): **-88.299992 (Coordenadas UTM)** |
| Colindancias ( Breve descripción de las colindancias en un radio de 500 mts): |
| Norte | **CALLE OBREGON, HOTEL FIESTA INN.** |
| Sur | **CASAS HABITACION, LA BAHIA Y SHCP.** |
| Este | **PODER JUDICIAL, CENTRO COMERCIAL DE CHETUMAL.** |
| Oeste | **CASAS HABITACION, REFACCIONARIA VALDEMAR** |
| Superficies del establecimiento o inmueble (m2 o Ha) | Superficie de construcción | **827.90 m2** |
| Superficie total | **875 m2** |
| Número de niveles incluyendo sótanos, entrepisos y anexos | **2 NIVELES** |
| Señalar si el inmueble es propio, arrendado, etc. | **PROPIO** | Antigüedad del inmueble | **30 AÑOS** |
| Número de trabajadores por turno: |
| Matutino | Vespertino | Nocturno | Otro (Fines de semana y días festivos) | Total de trabajadores |
| **178** | **0** | **0** | **0** | **178** |
| Número de población diaria: | Usuarios: | **20** | Visitantes: | **10** |

\*1 Clasificación Mexicana de Actividades Productivas (INEGI)

**Nota:** Se presenta por duplicado