**MODIFICACIÓN DEL**

**PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ICR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID del evento:** | <<Registrar el ID del evento>> |  | **Fecha de emisión:** | <<día/mes/año>> |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Actividad** | **Lugar** | **P/R** | **Duración** | **Fechas** |
| **Comienzo** | **Fin** |
| <<1, 2, etc.>> | <<Colocar las actividades programadas para realizar la investigación causa raíz>> | <<Colocar el lugar donde se llevará acabo la reunión>> | **P** | <<En días>> | <<día/mes/año>> | <<día/mes/año>> |
| **R** |  |  |  |
|  | Inicio de la ICR |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  | 1era. Reunión de Reporte de avance |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  |  |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  | 2da. Reunión de Reporte de avance |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  |  |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  | 3era. Reunión de Reporte de avance |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |
|  | Termino de la ICR |  | **P** |  |  |  |
| **R** |  |  |  |

**Nota:**

1. Solo podrán realizarse un máximo tres sesiones de reuniones de reporte de avance.
2. El programa no puede exceder los ciento ochenta días naturales contados a partir del Evento y considerando la entrega de la ICR a la Agencia.
3. El programa de actividades deberá ser entregado a la Agencia por el enlace, hasta quince días naturales después de haberse integrado el Grupo Multidisciplinario.
4. Los cambios generados al programa deberán ser notificados a la Agencia al siguiente día hábil de dicha modificación al correo electrónico icr@asea.gob.mx y/o de manera escrita ante la Oficialía de Partes de la Agencia.

|  |
| --- |
| **Nombre y datos del enlace** **de la Investigación Causa Raíz** |
| **Nombre** | <<Registrar el Nombre >> |
| **Teléfono:** | <<Número telefónico donde se localice a la persona >> | **Correo electrónico** | <<Dirección de correo electrónico>> |

|  |
| --- |
| **Nombre y datos del Líder de Investigación Causa Raíz** |
| **Nombre, denominación o Razón Social del Tercero Autorizado:** | <<Nombre, Denominación o Razón Social del Tercero Autorizado>> |
| **Número de registro de Autorización:** | <<Registrar el número de registro de su Autorización>> |
| **Vigencia de la Autorización:** | <<Registrar la vigencia de la Autorización>> |
| **Documento Regulatorio para el que fue Autorizado:** | Disposiciones administrativas de carácter general que establecen los lineamientos para que los Regulados lleven a cabo las Investigaciones Causa Raíz de Incidentes y Accidentes ocurridos en sus Instalaciones |
| **Domicilio:** | <<calle, número, colonia, código postal, municipio, estado, país>> |
| **Nombre de Líder:** | <<Nombre del Responsable Técnico que tiene el Rol de Líder en la Investigación Causa Raíz>> |
| **Teléfono:** | <<Número telefónico donde se localice a la persona >> | **Correo electrónico** | <<Dirección de correo electrónico del Líder>> |

|  |
| --- |
| **Recursos requeridos para la ejecución de las actividades.** |
| **Humanos** |
| 1. <<Registrar los Recursos Humanos >>
 |
| **Materiales** |
| 1. <<Registrar los Recursos Materiales >>
 |
| **Equipos** |
| 1. <<Registrar los Recursos de equipos >>
 |

|  |
| --- |
| **TERCERO AUTORIZADO <<NOMBRE DEL TERCERO AUTORIZADO>>** |
| **“Líder de la ICR”****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****<<Nombre y firma del Responsable Técnico Especialista en……>>** |