



**FORMATO PARA ELABORAR EL PLAN DE CONTINGENCIAS PARA  
EVENTOS DE CONCENTRACIÓN MASIVA DE PERSONAS EN ESPACIOS  
ABIERTOS O CERRADOS.**

**1.- DATOS DEL EVENTO.**

Nombre del local donde se realizará el evento:.....

Fecha del evento:.....

Nombre del Promotor Responsable:.....

Número de Cédula:.....

Número de teléfono convencional y celular del Promotor Responsable:.....

Empresa responsable de la infraestructura (escenario):.....

Nº. Teléfono de la Empresa Responsable de la infraestructura (escenario):.....

**2.- COMPROMISO.**

Yo, \_\_\_\_\_, portador(a) de la cédula de ciudadanía/identificación N°. \_\_\_\_\_, en representación de \_\_\_\_\_ exhibo el presente Plan de Contingencia; y, conociendo la gravedad y las penas de perjurio, declaro bajo juramento que la información proporcionada en este documento es verídica y en caso de comprobarse falsedad en cualquiera de mis afirmaciones, me someto a las acciones legales correspondientes.

Autorizo de forma expresa la realización de inspecciones y comprobación de la información declarada o del cumplimiento de la normativa vigente y de las reglas técnicas pertinentes.

Firma: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

**3.- PROGRAMAS Y DESCRIPCIÓN DEL EVENTO.**

Breve descripción del evento, artistas, partes del evento, tiempos, etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4.- PROGRAMAS Y DESCRIPCIÓN DEL EVENTO.

Detallar las Actividades a realizar (en base al punto N°. 3), en donde debe incluirse el montaje del escenario, prueba de sonido y desmontaje.

ACTIVIDAD	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN

#### 5.- AFOROS Y TARIMA.

Ubicación de la tarima:

SECTOR	AFORO TOTAL PERMITIDO Información provista por el dueño de la infraestructura	AFORO A UTILIZAR POR VENTA	CONTROL AFORO DÍA DEL EVENTO	RESPONSABLE DEL CONTROL
Cancha				
Preferencia				
Platea				
General				
Sillas				
OTROS				
<b>TOTAL</b>				

NO APLICA

#### 6.- PLAN DE ACCIÓN.

##### 6.1.- PLAN DE ACCIÓN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA.

Detallar el personal médico y paramédico que participará durante el evento, el personal deberá portar identificaciones y acreditaciones profesionales. De existir cambios estos deben ser dados a conocer antes del inicio del evento, caso contrario podrá ser motivo de suspensión de permisos.

Casa de salud contratada y/o coordinado para prestar atención médica:.....

6.1.1.-ESQUEMA ORGANIZATIVO		
TIPO	NOMBRE	TELÉFONOS
Coordinador APH designado por el organizador.		
Responsable Alterno		

NO APLICA

<b>6.1.2.-PLANIFICACIÓN OPERATIVA.</b>	
DESCRIPCIÓN	CANT.
Número de puestos de socorro	
Ubicación de los puestos de socorro	
Número de personas por puesto de socorro	
Numero de ambulancias APH (contratadas o solicitadas a instituciones)	
Tipo de ambulancias	

**NO APLICA**

Describir brevemente las acciones que tomaran en caso de un incidente.

---



---



---



---



---



---



---

**6.2.- PLAN DE ACCIÓN CONTRA INCENDIOS.**

(Indicar todos los factores de riesgo que puedan provocar un incendio, describirlos e indicar el nivel de riesgo que presenta)

<b>6.2.1.-ESQUEMA ORGANIZATIVO</b>		
TIPO	NOMBRE	TELÉFONOS
Coordinador contra incendios designado por el organizador.		
Responsable Alterno		

<b>6.2.2.-CHEQUEO DE RECURSOS EN LA FASE DE MONTAJE (INDICAR LA CADUCIDAD)</b>					
EQUIPOS	PASILLOS	PUERTAS	ESCENARIO	OTROS	TOTAL
Rociadores					
Lámparas de emergencia					
Puertas de emergencia					
Gabinetes-Boca de incendio equipadas					
Detectores de humo/temperatura					

**NO APLICA**

<b>6.2.3.- EXTINTORES</b>			
TIPO (PQS, CO2, ETC)	CAPACIDAD	UBICACIÓN	CANTIDAD

**NO APLICA**

Describir brevemente las acciones que tomaran en caso de incendio.

---



---



---



---



---



---

**6.3.- PLAN DE ACCIÓN ANTI DELINCUENCIAL Y DE SEGURIDAD.**

Se indicaran el nombre de las personas que tendrán la responsabilidad de brindar seguridad, su identificación, sus ubicaciones y contactos.

Nombre de la Empresa de Seguridad contratada:.....

Número de Guardias contratados:.....

Nombre del Representante legal de la Empresa de seguridad:.....

Número de la Empresa de Seguridad:.....

6.3.1.-ESQUEMA ORGANIZATIVO PARA LA SEGURIDAD		
TIPO	NOMBRE	TELÉFONOS
Coordinador de la seguridad designado por el organizador.		
Responsables Alternos		

6.3.2.-PERSONAL DE SEGURIDAD DEL PROMOTOR O DUEÑO DE LA INFRAESTRUCTURA			
NOMBRE	UBICACIÓN	COBERTURA	CELULAR

NO APLICA

Indicar brevemente las acciones que tomaran en caso de un evento delincuencial.

---



---



---



---



---



---



**7.- ANEXOS (CROQUIS DEL EVENTO EN FORMATO A4 O A3)**

Realizar un croquis del evento donde se evidencie puesto de socorro, ubicación de ambulancias, Bomberos (Unidades, extintores, y/o gabinetes contra incendios), rutas de escape, sitios de encuentro, seguridad privada, Policía Nacional, Policía Municipal (Guardia Ciudadana).

**VALIDACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA EVENTOS DE CONCENTRACIÓN MASIVA DE PERSONAS**



**COMITÉ DE GESTIÓN DE RIESGOS GOBIERNO  
AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL  
CANTÓN SAN FELIPE DE OÑA**

---



**BENEMÉRITO CUERPO DE BOMBEROS DEL  
CANTÓN OÑA**

---



**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR**

---

**NOTA:**

- ✓ En caso de no contar con el aval de alguna de las instituciones este documento no tiene validez.
- ✓ Si el caso lo amerita las instituciones arriba indicadas pueden realizar la inspección del evento y/o lugar en caso de no cumplir con lo estipulado en el plan de contingencia y/o recomendaciones indicadas en conjunto con la intendencia se clausurará el evento.
- ✓ Este documento no garantiza la otorgación del permiso por parte del GAD MUNICIPAL.