Este formato debe ser diligenciado por el empresario que va a realizar el evento, el formato aplica para un solo lugar y un solo espacio.

1. **RESPONSABLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre  |  | Cedula |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  | Celular  |  |
| Correo |  |

1. **INFORMACIÓN SOBRE LA AGLOMERACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del evento |  |
| Lugar del evento (denominación y nomenclatura) |  |

* 1. **Tipo de Evento** (Marque con una "X" el tipo de evento)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deportivo |  | Político |  | Ferias y festivales (Certámenes) |  | Exhibiciones |  |
| Religioso |  | Artes escénicas |  | Académico institucional |  | Exposiciones |  |
| Ferias Artesanales |  | Mercados Campesinos |  | Otros |  | En caso de indicar otro escriba, cual. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* 1. **Carácter del evento** (Marque con una "X" el carácter de evento)

|  |  |
| --- | --- |
| Público | Privado |
|  |  |

* 1. **Ingreso al Evento** (Marque con una "X" el ingreso que tendrá el evento)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Con valor comercial | Sin valor comercial con boleta | Entrada libre |
|  |  |  |

* 1. **Sistema para control de ingreso y aforo** (Marque con una "X" el sistema para el control de ingreso y aforo)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Boletas numeradas | Invitaciones impresas | Conteo ingreso y salida  | Ingreso sistematizado  | Recambio |
|  |  |  |  |  |

* 1. **Caracterización del público que participa** (Marque con una “X” la caracterización del público que participa)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Infantil | Adolescentes | Adultos | Adulto Mayor | LGTBI | Familiar |
|  |  |  |  |  |  |

1. **AFORO, FECHAS Y HORARIOS** (Puede agregar los días necesarios al formato)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDAD | FECHA | HORARIOS (FORMATO 24 HORAS) | AFORO DIARIO |
| MONTAJE | APERTURA | SALIDA |
| MONTAJE |  |  |  |  |  |
| Día 1 |  |  |  |  |  |
| Día 2 |  |  |  |  |  |
| Día 3 |  |  |  |  |  |
| Día 4 |  |  |  |  |  |
| Día 5 |  |  |  |  |  |
| Día 6 |  |  |  |  |  |
| Día 8 |  |  |  |  |  |
| Día 9 |  |  |  |  |  |
| Día 10 |  |  |  |  |  |
| DESMONTAJE |  |  |  |  |  |

* 1. **Ubicación de los asistente y cantidad de personas por tipo de acomodación**

|  |  |
| --- | --- |
| Graderías |  |
| Silletería |  |
| De Pie |  |
| Fluye y se Desplaza |  |

**Si el escenario o espacio tiene dos o más localidades, definirlas con su respectivo aforo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Localidades** | **Cantidad** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Observaciones Adicionales: información relevante sobre las características de la aglomeración**

|  |
| --- |
|  |

1. **SERVICIOS LOGÍSTICOS**

|  |
| --- |
| SERVICIO DE LOGÍSTICO DE PERSONAS |
| NOMBRE EMPRESA: |  | # RESOLUCIÓN |  |
| Coordinador General: |  | # Celular: |  |
| PERSONAL | CANTIDAD | FECHA | HORA LLEGADA | HORA SALIDA |
| COORDINADOR |  |  |  |  |
| LOGÍSTICOS |  |  |  |  |
| UNIFORME | SI |  | NO |  | INSTITUCIONAL |  | PATROCINADOR |  |
| ASEGURABILIDAD DEL PERSONAL | PÓLIZA |  | ARL |  | NOMBRE: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del responsable del Servicio Logístico de Personas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FirmaCC.  |
| SERVICIO DE LOGÍSTICO DE MONTAJE / ESTRUCTURAS |
| NOMBRE EMPRESA: |  | # RESOLUCIÓN |  |
| Coordinador General: |  | Celular: |  |
| PERSONAL | CANTIDAD | FECHA | HORA LLEGADA | HORA SALIDA |
| COORDINADOR |  |  |  |  |
| AUX. DE MONTAJE |  |  |  |  |
| UNIFORME | SI |  | NO |  | INSTITUCIONAL |  | PATROCINADOR |  |
| ASEGURABILIDAD DEL PERSONAL | PÓLIZA |  | ARL |  | NOMBRE: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del responsable del Servicio Logístico de Montaje / Estructuras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FirmaCC.  |
| SERVICIO DE LOGÍSTICO DE AUDIO / LUCES / VIDEO |
| NOMBRE EMPRESA: |  | # RESOLUCIÓN |  |
| Coordinador General: |  | Celular: |  |
| PERSONAL | CANTIDAD | FECHA | HORA LLEGADA | HORA SALIDA |
| COORDINADOR |  |  |  |  |
| AUX. DE MONTAJE |  |  |  |  |
| UNIFORME | SI |  | NO |  | INSTITUCIONAL |  | PATROCINADOR |  |
| ASEGURABILIDAD DEL PERSONAL | PÓLIZA |  | ARL |  | NOMBRE: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del responsable del Servicio Logístico de Audio / Luces /Video\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FirmaCC.  |

1. **INFORMACION LOGISTICA DEL EVENTO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS A INSTALAR** | **EMPRESA** | **TELÉFONO DE CONTACTO** |
| Efectos Especiales |  |  |
| Muro de contención |  |  |
| Vallas |  |  |
| Silletería |  |  |
| Palcos |  |  |

1. **RECURSOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD |  |
| # AMBULANCIAS TAB | # AMBULANCIAS TAM | # EQUIPOS DE INTERVENCIÓN | # PAS-B | # PAS-M | # VEHICULO DE RESCATE | # MOTO APH |
|  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del responsable del Servicio de Salud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FirmaCC.  |

1. **ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD (MATRIZ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTREGA ANDJUNTO** | **NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA Y FIRMA** | **FECHA** | **NÚMERO DE REFERENCIA** |
|  |  |  |  |

1. **MENSAJE DE SEGURIDAD**

|  |
| --- |
|  |

1. **PROGRAMACION DEL EVENTO** adicione las líneas necesarias

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | HORARIO | TIPO ACTIVIDAD | ARTISTA | HORARIO |
|  |  |  |  |  |

1. **DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS DEL PLAN DE CONTINGENCIA** (Marque con una "X" el documento que anexa o adjunta)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Plano | Matriz de riesgo eléctrico RETIE | Plan operativo | Plan de Comunicaciones |
|  |  |  |  |

**Elaborado por:**

**­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PLAN DE CONTINGENCIA**

**C.C.**

**TODO PLAN DE CONTINGENCIA DEBE CONTAR CON LAS FIRMAS CORRESPONDIENTES DE QUIEN LO ELABORA, DEL RESPONSABLE DEL ORGANISMO DE SOCORRO O SERVICIO DE SALUD QUIEN DEBE CONOCERLO Y DEL RESPONSABLE DEL EVENTO. SIN LAS TRES FIRMAS NO SE GESTIONA EL TRÁMITE ANTE EL DAGRD.**

**Se recomienda que este plan junto con la matriz de riesgos sea elaborado por personal competente en el área de análisis de riesgos**

|  |
| --- |
| ***En caso de necesitar adjuntar mas información que considere necesaria en el plan de contingencia lo puede agregar al formato siempre y cuando no se elimine ninguno de los once puntos anteriormente descritos.*** |