# FORMATO PARA EL PLAN DE Descripción: Descripción: :::Desktop:PIE DE PAG.jpgCONTINGENCIAS PARA EVENTOS Y TRASLADOS DE CONCENTRACIÓN MASIVA DE PERSONAS EN ESPACIOS ABIERTOS O CERRADOS.

## 1. DATOS DEL EVENTO

* Nombre del evento:
* Nombre del Sector donde se realizara el evento:
* Fecha del evento:
* Nombre Responsable:
* Numero de Cedula:
* Número de teléfono convencional y celular del Responsable:
* Empresa Responsable de la infraestructura:
* N° Teléfono de la Empresa Responsable:

## 2. PROGRAMAS Y DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

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

## 3. CRONOGRAMA ACTIVIDADES

* Detallar las Actividades a realizar en donde debe incluirse montaje y desmonte de la actividad o programa a realizar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA INICIO** | **HORA FIN**  |
| Comisión de la Fiscalía y la Policía sensibilización de la Comunidad sobre la realización de la diligencia |  |  |  |
| Caracterización de la Población  |  |  |  |
| Desalojo  |  |  |  |

## 4.- AFOROS

* Ubicación de la Actividad a Realizar:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTOR** | **AFORO TOTAL PERMITIDO****Información provista por el dueño de la infraestructura** | **AFORO A UTILIZAR POR**  | **CONTROL AFORO DÍA DEL EVENTO** | **RESPONSABLE DEL CONTROL** |
| Cancha |  |  |  |  |
| Colegio |  |  |  |  |
| Espacio abierto |  |  |  |  |
| OTROS |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

## 5. PLANES DE ACCIÓN

### 5.1 PLAN DE ACCIÓN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA

* Disponibilidad Total por parte del Personal Asistencia y Administrativo del Centro de Atención:

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO** | **DISPONIBILIDAD** |
| Director | 1 |
| Médico rural |  |
| Médico General |  |
| Profesional de laboratorio |  |
| Profesional odontología |  |
| Higienista oral |  |
| Profesional de Enfermería  |  |
| Auxiliares enfermería |  |
| Servicios generales |  |
| Conductor ambulancia |  |
| Funcionario de farmacia |  |
| Auxiliar de facturación |  |
| Atención al usuario |  |
| Orientador |  |
| Funcionario de Archivo Historias clínicas |  |
| Ventanilla única |  |
| Auxiliar de vacunas  |  |
| Mantenimiento  |  |
| **TOTAL RECURSO HUMANO** |  |

|  |
| --- |
| **5.1.1 Esquema Organizativo** |
| **TIPO** | **NOMBRE** | **TELEFONOS** |
| Coordinador APH designado por el Organizador |    |   |
| Responsable Alterno |  |  |

|  |
| --- |
| **5.1.2 Planificación Operativa** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIPCION** | **CANT.** |
| Número de puestos de socorro : ­­­­­­­­­­­­­­ |  |  |
| Ubicación de los puestos de Socorros: |  |  |
| Número de personas por puesto de Socorro |  |  |
| Número de ambulancias APH (contratadas o solicitadas a Instituciones. |  |  |
| Tipo de ambulancias. |  |  |

### 5.2 PLAN DE ACCIÓN CONTRA RIESGOS ADVERSOS

* Indicar todos los factores de riesgo que se pueden presentar, describirlos e indicar el nivel de riesgo que presenta

|  |
| --- |
| **5.2.1 RIESGOS** |
| **ORIGEN** | **TIPO** | **NIVEL DEL RIESGO O AMENAZA** |
|  |  | **N/E** | **PP** | **P** | **MP** |
| **NATURAL** | Presencia de fallas geológicas |  |  |  |  |
|  | Sismos y/o Terremotos |  |  |  |  |
|  | Inundaciones |  |  |  |  |
|  | Deslizamientos |  |  |  |  |
|  | Desbordamiento de Ríos |  |  |  |  |
|  | Huracanes |  |  |  |  |
| **TECNOLOGICO** | Incendios  |  |  |  |  |
|  | Explosiones. |  |  |  |  |
|  | Fugas de agentes tóxicos. |  |  |  |  |
|  | Derrames de Combustibles. |  |  |  |  |
|  | Materiales Radiactivos |  |  |  |  |
|  | Accidentes de Tránsito. |  |  |  |  |
| **SOCIAL** | Epidemias |  |  |  |  |
|  | Desplazamientos. |  |  |  |  |
|  | Atentados Terroristas. |  |  |  |  |
|  | Secuestros. |  |  |  |  |
| **OTROS** |  |  |  |  |  |

**N/E = NO EXISTE - PP=POCO PROBABLE - P=PROBABLE - MP=MUY PROBABLE**

* Describir brevemente las acciones que tomaran en caso de amenaza inminente.
1. **x**
2. **x**
3. **x**

### 5.3 PLAN DE ACCIÓN DE SEGURIDAD

* Se indicaran el nombre de las personas que tendrán la responsabilidad de brindar seguridad, su identificación, sus ubicaciones y contactos (Fuerzas militares)
* Nombre de la Empresa de Seguridad:
* Número de personal:
* Nombre del Representante legal de la Empresa:
* Números de teléfonos de la Empresa:

|  |
| --- |
| * + 1. **Personal designado**
 |
| **NOMBRE** | **UBICACIÓN** | **COBERTURA** | **CELULAR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

###  PLAN DE ACCIÓN PARA LA EVACUACIÓN

* Se indicarán el nombre de las personas que tendrán la responsabilidad de guiar un proceso de evacuación, como se encuentran identificados, sus ubicaciones y contactos.

|  |
| --- |
| **5.4.1 Esquema Organizativo para la Evacuación** |
| **TIPO** | **NOMBRE** | **TELEFONOS** |
| Coordinador para la Evacuación designado por el organizador. |  |  |
| Responsables Alternos |  |  |

|  |
| --- |
| * + 1. **Cuadro de Recursos para la Evacuación**
 |
| **TIPO** | **DESCRIPCIÓN** | **NUMERO** | **UBICACION** |
| Sirenas |  |  |  |
| Luces de Emergencia |  |  |  |
| Señal Ética |  |  |  |
| Rutas Identificadas |  |  |  |
| Pulsadores |  |  |  |
| Material de Información |  |  |  |
| Megáfono |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

|  |
| --- |
| * + 1. **PERSONAL MONITORES DE EVACUACIÓN**
 |
| NOMBRE | UBICACIÓN | COBERTURA | CELULAR |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Describir brevemente las acciones que tomaran en la evacuación así como indicar cuál será el punto de encuentro.
* **x**
* **x**
* **x**

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

### 6. PLAN DE CONTROL DEL ESPACIO PÚBLICO

|  |
| --- |
| **PERSONAL Y LOGÍSTICAS A EMPLEARSE** |
| PERSONAL POLICIAL MUNICIPAL Y/O DEPARTEMENTAL | LOGÍSTICAS |
| CARGO | NUMÉRICO | RECURSO | CANTIDAD |
| Teniente |  | Vehículos |  |
| Subintendente |  | Vehículos |  |
| Policías |  | Camionetas |  |
| Conductores |  | Motos |  |
| Policías motorizados |  | Radios Portátiles |  |
| **TOTAL** |  | Vallas |  |

|  |
| --- |
| * 1. **DISTRIBUCIÓN PARA EL CONTROL OPERATIVO**
 |
| SECTOR DE CONTROL | PERSONAL ASIGNADO | HORARIO |
|  |  |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 7. ANEXOS (CROQUIS DEL EVENTO)

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 o Fuerzas Militares.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Director(a) Centro de Atención**