

# Información de Trámite

| Nombre Trámite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | EMISIÓN DE INFORME DE APROBACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|-------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Los organizadores de espectáculos públicos presentarán el plan de contingencia para brindar la seguridad necesaria y precautelar la integridad de los asistentes en el evento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| ¿A quién está dirigido?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Persona Natural-Ecuatoriana; Persona Natural-Extranjera; Persona Jurídica Pública; persona Jurídico Privada</p> <p>Servicio brindado hacia la ciudadanía mayores de 18 años organizadores de eventos.</p> <p><b>Dirigido a:</b></p> <p>Persona Jurídica - Privada, Persona Jurídica - Pública, Persona Natural - Ecuatoriana, Persona Natural - Extranjera.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| ¿Qué obtendré si completo satisfactoriamente el trámite?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Tipo de Resultado:</b></p> <p>Obtener autorización o permiso.</p> <p><b>Resultado a obtener:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Informe de aprobación del Plan de Contingencia</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| ¿Qué necesito para hacer el trámite?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>Requisitos Generales:</b></p> <table><thead><tr><th>REQUISITOS PARA LA APROBACIÓN DE LOS PLANES DE CONTINGENCIA</th><th>Aforo 50-499</th><th>Aforo mayor a 500</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. Formulario de Solicitudes varias Alcaldía firmada por el Organizador responsable del evento</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>2. Presentar 2 Planes de Contingencia para eventos gratuitos y 3 para eventos con boletaje (cobrados), en el formato proporcionado por el GADM de Santo Domingo, estos deben ser entregados impresos y firmados, por el Organizador responsable del evento y el profesional que elabore el Plan.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>a) Instituciones o personas particulares: El profesional que elabora el Plan de Contingencia debe estar registrado en la SENESCYT con carreras tales como: Gestión de Riesgos, Seguridad Industrial, Seguridad y Salud Ocupacional, Prevención de riesgos laborales o carreras afines.</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>b) Instituciones Públicas: Se requiere copia de la acción de personal, contrato o nombramiento del Organizador Responsable del Evento y funcionario que elaboró el Plan de Contingencia.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. Copia del Permiso del Cuerpo de Bomberos (Permiso Ocasional de Funcionamiento)</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>4. Copia del Certificado de Uso de Suelo o Permiso de Ocupación de Espacio Público; emitida por la Entidad que corresponda.</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>5. Copia del Permiso para celebrar eventos en el cantón Santo Domingo emitido por la Empresa Pública de Construcciones, vivienda y de aseo de Santo Domingo EP-CONST, referente al servicio de barrido, limpieza y recolección para eventos públicos.</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Nota: Aplica para eventos públicos o privados que se realicen en ESPACIOS PÚBLICOS, dependiendo su ubicación.</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6. Copia certificada del contrato con la Empresa que va a estar a cargo de la Seguridad.</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>7. Copia certificada del Contrato o Factura de la prestación de servicios de Atención Pre-Hospitalaria (ambulancia, brigadas prehospitallarias), conforme lo establece la tabla emitida por el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias en resolución N° SNGRE-053-2019 y certificado emitido por el ACESS, en la que se avale que la ambulancia está calificada para la prestación de servicios de Soporte Vital Avanzado. Para eventos deportivos que se utilice vehículos motorizados no importará el aforo.</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>8. Pago de \$2,50 por “Tasas retributivas por los servicios técnicos administrativos, que el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Santo Domingo presta a sus usuarios - Ordenanza Municipal No. M-080-VQM”; Artículo 3.- Tarifas, Numeral 10) Literal c) Certificación Plan de Contingencia.</td><td>X</td><td>X</td></tr></tbody></table> |                   |  | REQUISITOS PARA LA APROBACIÓN DE LOS PLANES DE CONTINGENCIA | Aforo 50-499 | Aforo mayor a 500 | 1. Formulario de Solicitudes varias Alcaldía firmada por el Organizador responsable del evento | X | X | 2. Presentar 2 Planes de Contingencia para eventos gratuitos y 3 para eventos con boletaje (cobrados), en el formato proporcionado por el GADM de Santo Domingo, estos deben ser entregados impresos y firmados, por el Organizador responsable del evento y el profesional que elabore el Plan. |  |  | a) Instituciones o personas particulares: El profesional que elabora el Plan de Contingencia debe estar registrado en la SENESCYT con carreras tales como: Gestión de Riesgos, Seguridad Industrial, Seguridad y Salud Ocupacional, Prevención de riesgos laborales o carreras afines. | X | X | b) Instituciones Públicas: Se requiere copia de la acción de personal, contrato o nombramiento del Organizador Responsable del Evento y funcionario que elaboró el Plan de Contingencia. |  |  | 3. Copia del Permiso del Cuerpo de Bomberos (Permiso Ocasional de Funcionamiento) | X | X | 4. Copia del Certificado de Uso de Suelo o Permiso de Ocupación de Espacio Público; emitida por la Entidad que corresponda. | X | X | 5. Copia del Permiso para celebrar eventos en el cantón Santo Domingo emitido por la Empresa Pública de Construcciones, vivienda y de aseo de Santo Domingo EP-CONST, referente al servicio de barrido, limpieza y recolección para eventos públicos. | X | X | Nota: Aplica para eventos públicos o privados que se realicen en ESPACIOS PÚBLICOS, dependiendo su ubicación. |  |  | 6. Copia certificada del contrato con la Empresa que va a estar a cargo de la Seguridad. |  | X | 7. Copia certificada del Contrato o Factura de la prestación de servicios de Atención Pre-Hospitalaria (ambulancia, brigadas prehospitallarias), conforme lo establece la tabla emitida por el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias en resolución N° SNGRE-053-2019 y certificado emitido por el ACESS, en la que se avale que la ambulancia está calificada para la prestación de servicios de Soporte Vital Avanzado. Para eventos deportivos que se utilice vehículos motorizados no importará el aforo. |  | X | 8. Pago de \$2,50 por “Tasas retributivas por los servicios técnicos administrativos, que el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Santo Domingo presta a sus usuarios - Ordenanza Municipal No. M-080-VQM”; Artículo 3.- Tarifas, Numeral 10) Literal c) Certificación Plan de Contingencia. | X | X |
| REQUISITOS PARA LA APROBACIÓN DE LOS PLANES DE CONTINGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aforo 50-499                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Aforo mayor a 500 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 1. Formulario de Solicitudes varias Alcaldía firmada por el Organizador responsable del evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 2. Presentar 2 Planes de Contingencia para eventos gratuitos y 3 para eventos con boletaje (cobrados), en el formato proporcionado por el GADM de Santo Domingo, estos deben ser entregados impresos y firmados, por el Organizador responsable del evento y el profesional que elabore el Plan.                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| a) Instituciones o personas particulares: El profesional que elabora el Plan de Contingencia debe estar registrado en la SENESCYT con carreras tales como: Gestión de Riesgos, Seguridad Industrial, Seguridad y Salud Ocupacional, Prevención de riesgos laborales o carreras afines.                                                                                                                                                                                                                                       | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| b) Instituciones Públicas: Se requiere copia de la acción de personal, contrato o nombramiento del Organizador Responsable del Evento y funcionario que elaboró el Plan de Contingencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 3. Copia del Permiso del Cuerpo de Bomberos (Permiso Ocasional de Funcionamiento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 4. Copia del Certificado de Uso de Suelo o Permiso de Ocupación de Espacio Público; emitida por la Entidad que corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 5. Copia del Permiso para celebrar eventos en el cantón Santo Domingo emitido por la Empresa Pública de Construcciones, vivienda y de aseo de Santo Domingo EP-CONST, referente al servicio de barrido, limpieza y recolección para eventos públicos.                                                                                                                                                                                                                                                                        | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| Nota: Aplica para eventos públicos o privados que se realicen en ESPACIOS PÚBLICOS, dependiendo su ubicación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 6. Copia certificada del contrato con la Empresa que va a estar a cargo de la Seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 7. Copia certificada del Contrato o Factura de la prestación de servicios de Atención Pre-Hospitalaria (ambulancia, brigadas prehospitallarias), conforme lo establece la tabla emitida por el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias en resolución N° SNGRE-053-2019 y certificado emitido por el ACESS, en la que se avale que la ambulancia está calificada para la prestación de servicios de Soporte Vital Avanzado. Para eventos deportivos que se utilice vehículos motorizados no importará el aforo. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |
| 8. Pago de \$2,50 por “Tasas retributivas por los servicios técnicos administrativos, que el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Santo Domingo presta a sus usuarios - Ordenanza Municipal No. M-080-VQM”; Artículo 3.- Tarifas, Numeral 10) Literal c) Certificación Plan de Contingencia.                                                                                                                                                                                                               | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X                 |  |                                                             |              |                   |                                                                                                |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |                                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                   |   |   |                                                                                                                             |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |                                                                                                               |  |  |                                                                                          |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |

**OTROS REQUISITOS EN CASO DE QUE SE REQUIERA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 9. Copia del permiso de Cierre de Vías emitido por la Empresa Pública Municipal de Transporte y/o Agencia Nacional de Tránsito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X | X |
| 10. En caso de USO DE PIROTECNIA, Autorización del organismo competente (Fuerzas Armadas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X | X |
| 11. Para casos de instalaciones montables y desmontables (Circos, escenarios, tarimas, plataformas, graderíos, rodeos, juegos mecánicos, entre otros), se deberá anexar el Informe técnico emitido y firmado con el número de registro de la SENESCYT de un profesional (Ingeniero Mecánico, Ingeniero eléctrico, Ingeniero Industrial o carreras afines), sobre el cumplimiento de la capacidad del espacio y resistencia estructural que garantice la seguridad del público concurrente. | X | X |

**Requisitos Específicos:**

En caso de terceras personas, presentar una carta de autorización firmada por el titular.

**¿Cómo hago el trámite?**

1. Adquirir el formulario "Solicitudes Varias Alcaldía" en ventanilla de formularios (Recaudación)
2. Una vez que tenga todos los requisitos, planos y formulario firmados, se toma un turno para ingresar el trámite en el Centro de Atención Ciudadana
- 3.- Recibir un ticket con número de trámite.
- 4.- Consultar el estado del trámite ingresando a [http://app.santodomingo.gob.ec/consulta\\_tramites/consulta.php](http://app.santodomingo.gob.ec/consulta_tramites/consulta.php)
5. Esperar el plazo de 15 días para la atención del trámite
- 6.- De haber observaciones se comunica al solicitante para que corrija
- 7.- Retiro de trámite en el Centro de Atención Ciudadana

**Canales de atención:**

Presencial.

**¿Cuál es el costo del trámite?**

\$ 3,00 del Formulario de Solicitudes varias Alcaldía  
\$ 2,00 por servicio administrativos  
\$2,50 de la Certificación del Plan de Contingencia

**¿Dónde y cuál es el horario de atención?**

Centro de Atención Ciudadana  
Dirección: Municipio de Santo Domingo, Av. Quito y Tulcán  
De lunes a viernes de 8h00 a 17h00

**Base Legal**

- [ORDENANZA REFORMATORIA QUE CONTIENE LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y FORMULACIÓN DEL PLAN DE USO Y GESTIÓN DEL SUELO 2032 DEL CANTÓN SANTO DOMINGO](#). Art. 803.

**Contacto para atención ciudadana**

**Funcionario/Dependencia:** Dirección de Planificación y Proyectos  
**Correo Electrónico:** [direccion.planificacion@santodomingo.gob.ec](mailto:direccion.planificacion@santodomingo.gob.ec)  
**Teléfono:** 023836320 ext. 4104 / 4083

**Transparencia**

| Año  | Mes | Volumen de Quejas | Volumen de Atenciones |
|------|-----|-------------------|-----------------------|
| 2025 | 09  | 0                 | 20                    |
| 2025 | 08  | 0                 | 60                    |
| 2025 | 07  | 0                 | 8                     |

| 2025<br>Año | 06<br>Mes | 0<br>Volumen de Quejas | 12<br>Volumen de Atenciones |
|-------------|-----------|------------------------|-----------------------------|
| 2025        | 05        | 0                      | 14                          |
| 2025        | 04        | 0                      | 12                          |
| 2025        | 03        | 0                      | 9                           |
| 2025        | 02        | 0                      | 10                          |
| 2025        | 01        | 0                      | 10                          |
| 2024        | 12        | 0                      | 17                          |
| 2024        | 11        | 0                      | 28                          |
| 2024        | 10        | 0                      | 40                          |
| 2024        | 09        | 0                      | 19                          |
| 2024        | 08        | 0                      | 28                          |
| 2024        | 07        | 0                      | 47                          |
| 2024        | 06        | 0                      | 10                          |
| 2024        | 05        | 0                      | 9                           |
| 2024        | 04        | 0                      | 10                          |
| 2024        | 03        | 0                      | 11                          |
| 2024        | 02        | 0                      | 9                           |
| 2024        | 01        | 0                      | 11                          |
| 2023        | 12        | 0                      | 9                           |
| 2023        | 11        | 0                      | 10                          |
| 2023        | 10        | 0                      | 11                          |
| 2023        | 09        | 0                      | 10                          |
| 2023        | 08        | 0                      | 12                          |
| 2023        | 07        | 0                      | 10                          |
| 2023        | 06        | 0                      | 9                           |
| 2023        | 05        | 0                      | 8                           |
| 2023        | 04        | 0                      | 12                          |
| 2023        | 03        | 0                      | 10                          |
| 2023        | 02        | 0                      | 10                          |
| 2023        | 01        | 0                      | 12                          |
| 2022        | 12        | 0                      | 12                          |
| 2022        | 11        | 0                      | 14                          |

| <sup>2022</sup><br>Año | <sup>10</sup><br>Mes | <sup>0</sup><br>Volumen de Quejas | <sup>12</sup><br>Volumen de Atenciones |
|------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| 2022                   | 09                   | 0                                 | 15                                     |
| 2022                   | 08                   | 0                                 | 18                                     |
| 2022                   | 07                   | 0                                 | 27                                     |
| 2022                   | 06                   | 0                                 | 3                                      |
| 2022                   | 05                   | 0                                 | 7                                      |
| 2022                   | 04                   | 0                                 | 13                                     |
| 2022                   | 03                   | 0                                 | 16                                     |
| 2022                   | 02                   | 0                                 | 12                                     |
| 2022                   | 01                   | 0                                 | 0                                      |
| 2021                   | 12                   | 0                                 | 25                                     |
| 2021                   | 11                   | 0                                 | 20                                     |
| 2021                   | 10                   | 0                                 | 19                                     |
| 2021                   | 09                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 08                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 07                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 06                   | 0                                 | 2                                      |
| 2021                   | 05                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 04                   | 0                                 | 0                                      |
| 2021                   | 03                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 02                   | 0                                 | 1                                      |
| 2021                   | 01                   | 0                                 | 0                                      |
| 2012                   | 12                   | 0                                 | 13                                     |