

|                                                                                                                           |                                                                 |           |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|
| <br><b>Municipio de<br/>Dosquebradas</b> | MACROPROCESO: MISIONAL                                          |           | SECRETARIA DE<br>SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |
|                                                                                                                           | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                    |           |                                              |
|                                                                                                                           | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE<br>SERVICIOS EN SALUD |           |                                              |
|                                                                                                                           | ACTA DE REUNIÓN                                                 | VERSIÓN:2 |                                              |

|                      |               |                            |          |
|----------------------|---------------|----------------------------|----------|
| Fecha. 28- 01 - 2025 | Hora: 15:10pm | Lugar: secretaria de salud | Acta No. |
| TEMA DE REUNIÓN:     |               |                            |          |

| ORDEN DEL DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Datos entidad prestadora del servicio de transporte de pacientes</li> <li>2. Datos del vehículo</li> <li>3. Complejidad del servicio</li> <li>4. Datos de la tripulación</li> <li>5. Condiciones mínimas de bioseguridad.</li> <li>6. Protocolo de triage y su implementación.</li> </ol> |

| DESARROLLO DE LA REUNIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Se inicia la visita de inspección y vigilancia a las 15:10pm en la posta Postobón, a la ambulancia de placas MHT812 de transporte asistencial básico. Con presencia de las siguientes personas:</p> <p>Asistentes: Por el sistema de emergencias Médicas Dosquebradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stephanie Uribe, Enfermera Profesional. SEM</li> <li>• Julián Castillo Vargas, Tecnólogo de Atención Prehospitalaria, SEM.</li> </ul> <p>Por el prestador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biviana Ruiz; tripulante</li> <li>• Jose Camilo Romero- Conductor</li> </ul> <p><b>Desarrollo de la visita: realizada la aplicada la verificación del instrumento se evidencia que:</b></p> <p><b><u>Item Talento humano:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con Tecnólogo en atención prehospitalaria o auxiliar de enfermería, con certificado de formación en soporte vital básico.</li> <li>- Conductor con licencia de conducción y curso de primeros auxilios.</li> </ul> <p><b><u>Item Condiciones mínimas de bioseguridad:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente.</li> <li>- Cuenta con adecuadas condiciones de limpieza del vehículo y la dotación (sin presencia de residuos de alimentos, sin polvo, sin evidencia de plagas, sin derrames de fluidos corporales.</li> <li>- El tripulante describe en orden los pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente:</li> <li>- Deja ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire.</li> <li>- Conoce las recomendaciones y lineamientos para el manejo de los materiales usados para el proceso de</li> </ul> |

|                                                                                                                           |                                                                 |           |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|
| <br><b>Municipio de<br/>Dosquebradas</b> | MACROPROCESO: MISIONAL                                          |           | SECRETARIA DE<br>SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |
|                                                                                                                           | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                    |           |                                              |
|                                                                                                                           | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE<br>SERVICIOS EN SALUD |           |                                              |
|                                                                                                                           | ACTA DE REUNIÓN                                                 | VERSIÓN:2 |                                              |

limpieza y desinfección dados por el fabricante de los productos usados.

- Realiza limpieza y desinfección de todas las superficies con las que pueden haber entrado en contacto con el paciente, realizando aspersión del producto desinfectante y dejando actuar el tiempo indicado según el producto utilizado.
- Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados.
- Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzante, esta fijo, asegurado y debidamente rotulado.
- Cuenta con recipiente de agua potable de capacidad mínima de 1.0 galón, con jabón líquido para manos y con toallas desechables para secado de manos.
- Cuenta con cuatro (4) sábanas desechables.
- Cuenta con una (1) caja de guantes de látex.
- Cuenta con cuatro (4) máscaras N95.
- La tripulación usa ropa en material antifluído.
- Cuenta con cuatro (4) gorros.
- Cuenta con una (1) caja de mascarilla quirúrgica.
- Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas.
- Cuenta como mínimo con cuatro (4) batas de bioseguridad desechables manga larga.
- cuenta con una (1) cobija.

#### **Item Dotación:**

- Cuenta con desfibrilador externo automático DEA, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos
- Fonendoscopio adulto y pediátrico.
- Tensiómetro adulto y pediátrico.
- Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).

#### **Item Triage:**

La tripulación aplica el protocolo triage de clasificación de los pacientes por colores y lo describe de la siguiente manera:

- **Rojo:** triage 1(atención inmediata)
- **Naranja:** triage 2 (hasta 30 min)
- **Amarillo:** triage 3 (4 horas)
- **Verde:** triage 4 (consulta externa).

Adicional en la historia clínica de la empresa lo aplican al llenar los datos de cada paciente.

En la presente visita de inspección no se tuvieron hallazgo al instrumento de verificación de condiciones de ambulancias.

#### **CONCLUSIONES Y COMPROMISOS**

Se envía acta sin hallazgos.

#### **REGISTRO FOTOGRAFICO O ANEXOS, SI APLICA**

|                                                                                                                           |                                                                 |           |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|
| <br><b>Municipio de<br/>Dosquebradas</b> | MACROPROCESO: MISIONAL                                          |           | SECRETARIA DE<br>SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |
|                                                                                                                           | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                    |           |                                              |
|                                                                                                                           | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE<br>SERVICIOS EN SALUD |           |                                              |
|                                                                                                                           | ACTA DE REUNIÓN                                                 | VERSIÓN:2 |                                              |



| Proyectó                                                                                                     |                    | Responsable                                                            |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Nombre                                                                                                       | Firma              | Nombre                                                                 | Firma                  |
| <b>STEPHANIE URIBE</b> Enfermera Profesional - SEM<br>Secretaria de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas | <i>Stephanie U</i> | <b>JULIAN CASTILLO VARGAS</b><br>Tecnólogo en atención prehospitalaria | <i>Julian Castillo</i> |

Se anexa lista de instrumento.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p><b>Municipio de<br/>Dosquebradas</b></p>                                                                                                                                                                                           |  | <p>MACROPROCESO: MISIONAL</p> <p>PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD</p> <p>INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN<br/>CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS</p> |  | <p>SECRETARIA DE SALUD Y<br/>SEGURIDAD SOCIAL</p>                                                                                    |  |
| <p>ACTA No. _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p>VERSIÓN 01</p> <p>FV 12/2024</p>                                                                                                                                                                                               |  | <p>Página _____ de _____</p>                                                                                                         |  |
| <p>MACRO NORMATIVO Ley 9 de 1979 Ley 713 de 2003 Resolución 1184 de 2002 Resolución 1184 de 2013 Resolución 1184 de 2017 Resolución 1184 de 2018 Resolución 1184 de 2019 Resolución 1184 de 2020 Resolución 1184 de 2021 Resolución 1184 de 2022 Resolución 1184 de 2023</p>                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>OBJETIVO: Verificar en cada una de las condiciones mínimas de operación de los vehículos ambulancia en el Sistema de Emergencias Médicas SEM Municipal</p>                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Fecha: 26/10/25</p> <p>Municipio: Dosquebradas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p>Mora Inicio: 3:10</p> <p>Mora Finalización: 3:30</p>                                                                                                                                                                           |  | <p>Dirección verificación: Secretaría de Salud y Seguridad Social</p>                                                                |  |
| <p><b>1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES</b></p>                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Razón social: SEM Dosquebradas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <p>Representante legal: _____</p>                                                                                                                                                                                                 |  | <p>Documento: _____</p>                                                                                                              |  |
| <p>NIT: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p>Código de prestador: _____</p>                                                                                                                                                                                                 |  | <p>Teléfono: _____</p>                                                                                                               |  |
| <p>Dirección de la sede: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>2. DATOS DEL VEHÍCULO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Placa: 447812</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <p>Tarjeta de propiedad: 10029041845</p>                                                                                                                                                                                          |  | <p>Revisión Técnico Mecánica: _____</p>                                                                                              |  |
| <p>Fecha de vencimiento: 6/16/25</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <p>2.1 SOAT VIGENTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                       |  | <p>Fecha de vencimiento: 6/16/25</p>                                                                                                 |  |
| <p>2.2 Revisión Técnico mecánica vigente? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>3. COMPLEJIDAD DEL SERVICIO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>SERVICIO QUE PRESTA: Transporte Asistencial de baja complejidad</p>                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <p>Transporte Asistencial de Mediana Complejidad: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                          |  | <p>Transporte Asistencial de Alta Complejidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                |  |
| <p>3.1 El servicio se encuentra habilitado bajo la norma vigente</p>                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>3.2 El vehículo se encuentra registrado en el REPS</p>                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>3.3 La complejidad habilitada del servicio corresponde con la identificada en el móvil</p>                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>4. DATOS DE LA TRIPULACIÓN</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>DATOS DEL PERFIL EN SALUD</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>PERFIL EN SALUD 1</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Nombre completo: JIVON KUI</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p>Profesión/Ocupación: CATE MORIA</p>                                                                                                                                                                                            |  | <p>Documento de identidad: Cédula</p>                                                                                                |  |
| <p>Permiso especial de permanencia: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                              |  | <p>Tarjeta de identidad: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                   |  | <p>Pasaporte: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                 |  |
| <p>4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Depital: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |  | <p>4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  | <p>4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |  |
| <p>4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                        |  | <p>4.5 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>PERFIL EN SALUD 2</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Nombre completo: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <p>Profesión/Ocupación: _____</p>                                                                                                                                                                                                 |  | <p>Documento de identidad: Cédula</p>                                                                                                |  |
| <p>Permiso especial de permanencia: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                              |  | <p>Tarjeta de identidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                                                   |  | <p>Pasaporte: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                 |  |
| <p>4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Depital: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |  | <p>4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  | <p>4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p> |  |
| <p>4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                        |  | <p>4.5 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>DATOS DEL CONDUCTOR</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>Nombre: JOSE CAMILO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <p>Profesión/Ocupación: MONITOR</p>                                                                                                                                                                                               |  | <p>Documento de identidad: Cédula</p>                                                                                                |  |
| <p>Permiso especial de permanencia: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                              |  | <p>Tarjeta de identidad: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                   |  | <p>Pasaporte: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>                                                 |  |
| <p>4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Depital: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |  | <p>4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  | <p>4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |  |
| <p>4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                        |  | <p>4.5 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>5. CONDICIONES MÍNIMAS DEL VEHÍCULO</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>5.1 Cuenta con sistemas de alerta de emergencia y luces generales: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>5.2 Está el exterior del vehículo limpio y sin daños: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>5.3 Número de identificación o código asignado del vehículo de emergencia otorgado por la SDS ubicado en Costados de la carrocería del vehículo, Parte posterior de la carrocería del vehículo: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p><b>6. CONDICIONES MÍNIMAS DE BIOSEGURIDAD</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.1 Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente (Un producto para limpieza y otro para desinfección) Res. 1164/02: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.2 Cuenta con adecuadas condiciones de limpieza del vehículo y la dotación (sin presencia de residuos de alimentos, sin polvo, sin evidencia de plagas, sin derrames de fluidos corporales, etc.): SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3 El tripulante describe en orden, los siguientes pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.1 Cuenta con elementos de protección personal necesarios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.2 Cierre ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.3 Conoce las recomendaciones y lineamientos para el manejo de los materiales usados para el proceso de limpieza y desinfección dados por el fabricante de los productos usados. (Ficha técnica): SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.4 Realiza limpieza y desinfección de todas las superficies con las que pueden haber entrado en contacto con el paciente, realizando aspersión del producto desinfectante y dejando actuar el tiempo indicado según el producto utilizado: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.5 Conoce la correcta manipulación y limpieza de la ropa sucia: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.6 Contar con ruta sanitaria y almacenamiento de residuos del proceso de limpieza y desinfección: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.3.7 Cuenta con un área asignada para realizar el proceso de limpieza y desinfección del vehículo (Código de policía 1001 del 2016): SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.4 Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados (Res. 1164/02): SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.5 Cuenta con recipiente adecuado para residuos entre purrantes (Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado): SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6 Cuenta con elementos de protección personal EPP que se describen a continuación:</p>                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.1 Cuenta en la ambulancia con recipiente de agua potable de capacidad mínima de 1.0 galón, con jabón líquido para manos y con toallas desechables para secado de manos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.2 Cuenta con un (1) recipiente de gel antibacterial, mínimo de 300 ml: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.3 Cuenta como mínimo con cuatro (4) sábanas desechables: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.4 Cuenta como mínimo con cuatro (4) gorros o bobinas desechables: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.5 Cuenta como mínimo con una (1) caja de mascarilla quirúrgica: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |
| <p>6.6.6 Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas o con careta: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                     |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <br>Municipio de<br>Dosquebradas                                                                                                                                          | MACROPROCESO: MISIONAL                                              | SECRETARIA DE SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                        |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD        |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN<br>CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS | VERSIÓN: 01<br>FV: 12/2024                |
| ACTA No.                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     | Página de                                 |
| 6.6.7. Cuenta como mínimo con cuatro (4) batas de bioseguridad desechables manga larga.                                                                                                                                                                    |                                                                     | X                                         |
| 6.6.8. Cuenta como mínimo con una (1) caja de guantes de látex.                                                                                                                                                                                            |                                                                     | X                                         |
| 6.6.9. Cuentan como mínimo con cuatro (4) máscaras N95.                                                                                                                                                                                                    |                                                                     | X                                         |
| 6.6.10. La tripulación usa ropa en material antifluído (El uso de ropa material antifluído, se encuentra establecido en los lineamientos para traslado de paciente Covid, reflejado por el ministerio de salud y seguridad social.)                        |                                                                     | X                                         |
| 6.7 Cuenta con chaleco reflectivo.                                                                                                                                                                                                                         |                                                                     | X                                         |
| 6.8 Los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así:<br>azul: sistema respiratorio;                                                                              |                                                                     | X                                         |
| 6.9 Cuenta con ropa hospitalaria, una cobija.                                                                                                                                                                                                              |                                                                     | X                                         |
| 7. DOTACIÓN: VERIFIQUE QUE LA AMBULANCIA CUENTE CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS EN BUEN ESTADO Y OPERANDO:                                                                                                                                                    |                                                                     | SI NO                                     |
| 7.1. Desfibrilador externo automático DEA, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos (verificar fecha de vencimiento de los parches).                                                                                                     |                                                                     | X                                         |
| 7.2 Fonendoscopio adulto y pediátrico                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     | X                                         |
| 7.3 Tensiómetro adulto y pediátrico.                                                                                                                                                                                                                       |                                                                     | X                                         |
| 7.4 Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).                                                                                                                    |                                                                     | X                                         |
| 7.5 Dos (2) torniquetes para control de hemorragias.                                                                                                                                                                                                       |                                                                     | X                                         |
| 7.6 Glucómetro con tirillas.                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     | X                                         |
| 7.7 Camilla principal con sistema de anclaje y cinturones de seguridad o correas para asegurar el paciente.                                                                                                                                                |                                                                     | X                                         |
| 7.8 Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.                                                                                                                                                                    |                                                                     | X                                         |
| 7.5 Inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños.                                                                                                                                                                                      |                                                                     | X                                         |
| 7.10 Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular.                                                                                                                                                                                                |                                                                     | X                                         |
| 7.11 Silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con capacidad de carga mínimo de 120kg. Con sistema de sujeción para su transporte al interior de la ambulancia. Deberá tener cinturón de sujeción para el paciente.                                    |                                                                     | X                                         |
| 7.12 Cilindro con Oxígeno medicinal con capacidad de almacenamiento mínimo de tres (3) metros cúbicos con sistema de sujeción al habitáculo del paciente. (Incluye flujómetro).                                                                            |                                                                     | X                                         |
| 7.13 Cilindro de oxígeno medicinal portátil de mínimo 0,5 metros cúbicos para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno medicinal al paciente. (Incluye flujómetro).                                                 |                                                                     | X                                         |
| 7.14 Resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado                                                                                                                                                                                  |                                                                     | X                                         |
| 7.15 Monitor de Signos Vitales con mínimo monitoreo de presión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca y oximetría de pulso, con brazaletes adulto y pediátrico.                                                                                         |                                                                     | X                                         |
| 7.16 Cuenta con extintores ABC con capacidad mínima de carga de 2.26 kg para cada uno de los compartimientos del vehículo. (Calibrados, con fecha de vencimiento vigente, un extintor en cabina de conducción y otro extintor en habitáculo del paciente). |                                                                     | X                                         |
| E. Cuenta con Sistema de Geoposicionamiento Global. (Circular 059, 19 dic 2023).                                                                                                                                                                           |                                                                     |                                           |
| 8.1 Sistema que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del CRUE.<br>Georreferenciación.                                                                                                                              |                                                                     | X                                         |
| Comunicación (radio, fijo y móvil para vehículos del Convenio).                                                                                                                                                                                            |                                                                     | X                                         |
| 8.7 Sistema de Geoposicionamiento Global.                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     | X                                         |
| 9. Criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes TRIAGE (Resolución 5596 de 2015)                                                                                                                                           |                                                                     |                                           |

|                                                                                                                           |                                                                 |           |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|
| <br><b>Municipio de<br/>Dosquebradas</b> | MACROPROCESO: MISIONAL                                          |           | SECRETARIA DE<br>SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |
|                                                                                                                           | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                    |           |                                              |
|                                                                                                                           | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE<br>SERVICIOS EN SALUD |           |                                              |
|                                                                                                                           | ACTA DE REUNIÓN                                                 | VERSIÓN:2 |                                              |

Fecha de vigencia: 25 de Junio de 2019

|                                                                                                                    |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|
| <br>Municipio de<br>Dosquebradas  | MACROPROCESO: MISIONAL                                              |                                                                                       | SECRETARIA DE SALUD Y<br>SEGURIDAD SOCIAL |    |
|                                                                                                                    | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL                        |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD        |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN<br>CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | VERSION 01                                                          |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | FV 12/2024                                                          |                                                                                       |                                           |    |
| ACTA No.                                                                                                           |                                                                     | Página                                                                                |                                           | de |
| 9.1 Tiene establecido un protocolo de TRIAGE hospitalario y cual tienen adoptado.                                  |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
| 9.2 Según el protocolo adoptado el tripulante conoce y aplica las escalas de TRIAGE hospitalario.                  |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
| 10. HALLAZGOS Y OBSERVACIONES.                                                                                     |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
| 11. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR.                                                                         |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
| Queda copia de la presente acta diligenciada, en manos del prestador:                                              |                                                                     |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    |                                                                     | Si                                                                                    | NO                                        |    |
| Medio de entrega                                                                                                   | Se envia por correo electrónico                                     | Copia entregada a tripulantes                                                         | Foto del formato                          |    |
|                                                                                                                    | Otros                                                               | Cual ?                                                                                |                                           |    |
| Anexos de la presente acta                                                                                         | 1                                                                   |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | 2                                                                   |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | 3                                                                   |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | 4                                                                   |                                                                                       |                                           |    |
|                                                                                                                    | 5                                                                   |                                                                                       |                                           |    |
| Responsable ambulancia (perfil de salud):<br>CC: 1038766075<br>Firma: <i>Libed Biviana Ruiz</i>                    |                                                                     | Conductor de la ambulancia:<br>CC:<br>Firma: <i>CAMINO ROMERO HOYOS</i>               |                                           |    |
| Nombre funcionario SEM Dosquebradas<br>CC: 1006493234 <i>Julian Andres CASILLO</i><br>Firma: <i>Julian Casillo</i> |                                                                     | Nombre funcionario SEM Dosquebradas<br>CC: 1007217369<br>Firma: <i>Stephanie Unbe</i> |                                           |    |
| Nombre testigo:<br>CC:<br>Firma:                                                                                   |                                                                     | Nombre testigo:<br>CC:<br>Firma:                                                      |                                           |    |

\* Plantilla V 4- fecha de vigencia 1 de junio de 2023