Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓNDE SERVICIOS EN SALUD		
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN:2	

Fecha. 14- 01- 2026	Hora: 14:06PM	Lugar: Cra 16 cll 20	Acta No.
TEMA DE REUNIÓN: Verificar in situ las condiciones mínimas de operación de los vehículos ambulancia en el Sistema de Emergencias Médicas SEM Municipal.			

ORDEN DEL DÍA

1. Datos entidad prestadora del servicio de transporte de pacientes
2. Datos delvehículo
3. Complejidad delservicio
4. Datos de la tripulación
5. Condiciones mínimas de bioseguridad.
6. Protocolo de triage y su implementación.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se inicia la visita de inspección y vigilancia a las 14:06PM en la posta Popa, a la ambulancia de placas HJV751 de transporte asistencial básico. Con presencia de las siguientes personas:

Asistentes: Por el sistema de emergencias Médicas Dosquebradas:

- Manuela Alvarez, Tecnólogo de Atención Prehospitalaria, SEM Por el prestador:
- Camilo Arenas, tripulante
- Edward Alexander, Conductor

Desarrollo de la visita: realizada la aplicada la verificación del instrumento se evidencia que:

ItemTalento humano:

- Cuenta con Tecnólogo en atención prehospitalaria o auxiliar de enfermería, con certificado de formación en soporte vital básico.
- Conductorcon licencia de conducción y curso de primeros auxilios.

Item Condiciones mínimas de bioseguridad:

- Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente.
- 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.
- El tripulante describe en orden los pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente:
- Deja ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire.
- 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.

- 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 debidamenterotulados.
- 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 antifluido.
- Cuenta con cuatro (4) gorros.
- Cuentacon una (1) caja de mascarilla quirúrgica.
- Cada tripulantecuentaconsus 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).
- Cuenta con Glucómetro con tirillas.
-

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 presentevisita de inspección nose tuvieron hallazgo al instrumento de verificación de condiciones de ambulancias.

Se envía actasin hallazgos.

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓNDE SERVICIOS EN SALUD		
	ACTA DE REUNIÓN	VERSIÓN:2	





Proyectó		Responsable	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
STEPHANIEURIBE Enfermera Profesional - SEM Secretaria de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas	Stephanie U	**MANUELA ALVAREZ** Tecnólogo enatención prehospitalaria Despachador SEM	Manuela A.

Se anexa lista de instrumento.

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD		
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	VERSIÓN: 01 FV: 12/2024	

ACTA No.			Página		de	

MARCO NORMATIVO: Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Resolución 1164 de 2002, Resolución 2184 de 2019, Resolución 926 de 2017, Resolución 3100 de 2019, Resolución 5596 de 2015, Circular 059 19 dic 2023

OBJETIVO: Verificar in situ las condiciones mínimas de operación de los vehículos ambulancia en el Sistema de Emergencias Médicas SEM Municipal

Fecha:	14/01/26	Hora inicio:	14:06	Hora finalización:	14:36
Municipio:	Dosquebradas	Dirección verificación:	Calle 17 Cra 16		

1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Razón social:	Orion Medical		
Representante legal:	Carlos Ospino Posso	Documento:	10001189
NIT:	901618587	Código de prestador:	
Dirección de la sede:	cra 6 a1 23 Edific Las Nieves	Teléfono:	

2. DATOS DEL VEHÍCULO

Placa	Tarjeta de propiedad	SOAT (Circular 15/2016 Súper Salud)			Revisión Técnico Mecánica		
		Fecha de vencimiento	2.1 SOAT VIGENTE?		Fecha de vencimiento	2.2 Revisión Técnico mecánica vigente?	
HJV-751	10030083897	05/04/2026	SI X	NO	08/05/2026	SI X	NO

3. COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

SERVICIO QUE PRESTA	Transporte Asistencial de baja complejidad	SI	NO	Transporte Asistencial de Mediana Complejidad.	SI	NO
		X			X	

3.1 El servicio se encuentra habilitado bajo la norma vigente	SI	X	NO	
3.2 El vehículo se encuentra registrado en el REPS	SI	X	NO	
3.3 La complejidad habilitada del servicio corresponde con la identificada en la móvil.	SI	X	NO	

4. DATOS DE LA TRIPULACIÓN

DATOS DEL PERFIL EN SALUD

PERFIL EN SALUD 1

Nombre completo	Juan Camilo Arenas						
Profesión/Ocupación	Aux. de enfermeria						
Documento de identidad	Cédula	X	Tarjeta de identidad		Pasaporte		Cédula extranjeria	
	Permiso especial de permanencia			Número documento	1093225249		
4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Deptal:	SI ☒	NO ☐	4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico			SI ☐	NO ☐
4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA	SI ☒	NO ☐	NO	No aplica			
4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE	SI ☒	NO ☐					

PERFIL EN SALUD 2

Nombre completo							
Profesión/Ocupación							
Documento de identidad	Cédula	☐	Tarjeta de identidad	☐	Pasaporte	☐	Cédula extranjeria	☐
	Permiso especial de permanencia	☐		Número documento			
4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Deptal:	SI ☐	NO ☐	4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico			SI ☐	NO ☐
4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA	SI ☐	NO ☐	NO	No aplica			
4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE	SI ☐	NO ☐					

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre	Edward Alexander Herrera Mora						
Documento de identidad	Cédula	☒	Tarjeta de identidad	☐	Pasaporte	☐	Cédula extranjeria	☐
	Permiso especial de permanencia	☐		Número documento	1087484591		
Licencia de conducción	SI ☒	NO ☐	Número	1087484591	Categoría		C2
4.5 Cuenta con curso certificado en primeros auxilios	SI ☒	NO ☐	4.6 Cuenta con curso certificado en primer respondiente			SI ☒	NO ☐

5. CONDICIONES MÍNIMAS DEL VEHICULO.	SI	NO
5.1 Cuenta con sistemas de alerta de emergencia y luces generales.	X	
5.2 Está el exterior del vehículo limpio y sin daños.	X	
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.	X	

6. CONDICIONES MÍNIMAS DE BIOSEGURIDAD.	SI	NO
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).	X	
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.)	X	
6.3 El tripulante describe en orden, los siguientes pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente.	X	
6.3.1Cuenta con elementos de protección personal necesarios.	X	
6.3.2 Deja ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire.	X	
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).	X	
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.	X	
6.3.5 Conocer la correcta manipulación y limpieza de la ropa sucia.	X	
6.3.6 Contar con ruta sanitaria y almacenamiento de residuos del proceso de limpieza y desinfección.	X	
6.3.7 Cuenta con un área asignada para realizar el proceso de limpieza y desinfección del vehículo (Código de policía 1801 del 2016).	X	
6.4. Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados (Res. 1164/02).	X	
6.5. Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzantes (Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado).	X	
6.6. Cuenta con elementos de protección personal-EPP que se describen a continuación:	X	
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.	X	
6.6.2. Cuentan con un (1) recipiente de gel antibacterial, mínimo de 300 ml.	X	
6.6.3. Cuenta como mínimo con cuatro (4) sábanas desechables.	X	
6.6.4. Cuenta como mínimo con cuatro (4) gorros o coberturas cefálicas.	X	
6.6.5. Cuenta como mínimo con una (1) caja de mascarilla quirúrgica.	X	
6.6.6. Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas o con careta.	X	

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD		
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	VERSIÓN: 01 FV: 12/2024	

ACTA No.			Página		de	

6.6.9. Cuentan como mínimo con cuatro (4) máscaras N95.	X	
6.6.10. La tripulación usa ropa en material antifluido (El uso de ropa material antifluido, 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: 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	
7.9 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	
8. 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. - Georreferenciación. - Comunicación (radio, fijo y móvil para vehículos del Convenio).	X	
8.2 Sistema de Geoposicionamiento Global.	X	
9. Criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes TRIAGE (Resolución 5596 de 2015)		
9.1 Tiene establecido un protocolo de TRIAGE hospitalario y cúal tienen adoptado. 9.2 Según el protocolo adoptado el tripulante conoce y aplica las escalas de TRIAGE hospitalario.		

10. HALLAZGOS Y OBSERVACIONES.

Ninguna

Scanned with CamScanner

Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL		SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
	PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		
	SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD		
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	VERSIÓN: 01 FV: 12/2024	

ACTA No.			Página		de	

11. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR.

Ninguna

Queda copia de la presenta acta diligenciada, en manos del prestador:					SI	NO
Medio de entrega	Se envia por correo electrónico		Copia entregada a tripulantes		Foto del formato	
	Otros	Cúal ?				
Anexos de la presente acta		1				
		2				
		3				
		4				
		5				

Responsable ambulancia (perfil de salud): CC: 1.093225249 Firma: Juan Camilo Arcos A.	Conductor de la ambulancia: CC: 1.088798454 Firma:
Nombre funcionario SEM Dosquebradas Manuela Alvarez Arias CC: 1004755228 Firma: Manuela A.	Nombre funcionario SEM Dosquebradas CC: Firma:
Nombre testigo: CC: Firma:	Nombre testigo: CC: Firma:

Scanned with CamScanner