Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1

Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

II. SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Concepto: Cumple X No Cumple ___

Acta de inspección No. LHC01-75 Fecha: (6/04/2024) Página 1 de 9

Hora inicio verificación: 7157	Hora finalización: 1010	Lugar de la verificación: Villa Santana
Tipo de evento: Depósito Externo		Responsable del evento: Santiago Ribeiro
Nombre del evento: Down Hill Urbano en el municipio de Pereira		

1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (MEC)

Razón social: SAE Paramedicos SAS		Nit: 9010106627	
Representante legal: Elkin Flórez		Dirección de la sede: Mz. 36 casa 41 Barrio Corales	Teléfono: 3127831090
SERVICIO INSTALADO:	~~MEC CON TECNÓLOGO APH~~	MEC CON MÉDICO	¿El servicio instalado se encuentra habilitado en REPS? SÍ X NO

PROFESIÓN / OCUPACIÓN	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RETHUS VIGENTE		SVA	
TAPH	Manuela Jimenez.	1004735154	~~SI~~ X	NO	~~SI~~	NO
Aux. Enfermería	Viviana Henao Diaz	1089246623	SI X	NO	SÍ	X NO

OBSERVACIONES:
Aux. de Enfermería cuenta con curso de BLS.

Responsable del servicio: Manuela Jimenez Arcapa CC: 1004735154 Firma:	Nombre funcionario SS y SS: Leidy Chuma CC: 1088341404 Firma.

II. SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Acta de inspección No. LMC01-25 **Fecha:** (6/04/2025)

¿El sitio del MEC dispone de un área aproximada de 4m x 4m para garantizar acomodación de pacientes y equipo de salud?	SÍ	NO
¿Se tiene definida una zona de expansión externa para el MEC?	SÍ	NO
¿El sitio del MEC se encuentra señalizado?	SÍ	NO
¿El sitio del MEC es seguro o cuenta con cerramiento para protección ante amenazas sociales, o amenazas naturales?	SÍ	NO
¿Cuenta el sitio con condiciones físicas (buena ventilación, buena iluminación) **y condiciones sanitarias** (buen aseo, ausencia de plagas, ausencia de escorrentía de aguas) **adecuadas para atención de pacientes?**	SÍ	NO
¿El sitio de atención cuenta con disponibilidad de agua potable? En caso que en el sitio no haya acueducto, el prestador puede disponer de recipiente de agua potable, como MINIMO un porrón de 20 litros con disponibilidad permanente y suficiente para un día de trabajo.	SÍ	NO
¿El sitio de atención cuenta con disponibilidad de energía eléctrica?	SÍ	NO
¿Hay facilidad para el acceso de los vehículos de emergencia?	SÍ	NO

Gasas (apósitos) Compresas	SÍ	NO	NA	Dos torniquetes para control de hemorragias	SÍ	NO
Vendas de gasa	SÍ	NO	NA	Inmovilizador cervical adulto y pediátrico (multi-talla)	SÍ	NO
Vendas de tela	SÍ	NO	NA	Dos mantas térmicas o aluminizadas	SÍ	NO
Vendas elásticas de varios tamaños	SÍ	NO	NA	Férulas rígidas o maleables para la inmovilización de extremidades	SÍ	NO
Bolsa Válvula Máscara BVM (adulto y pediátrico)	SÍ	NO	NA	Humificadores	SÍ	NO
Sondas de aspiración de varios tamaños	SÍ	NO	NA	Kit Venturi adulto y pediátrico	SÍ	NO
Máscara simple adulto y pediátrico	SÍ	NO	NA	Solución salina 0.9%	SÍ	NO
Máscara de no re-inhalación adulto y pediátrico	SÍ	NO	NA	Solución Hartmann y dextrosa 5% y 10%.	SÍ	NO
Cánulas nasales	SÍ	NO	NA	Catéter de diferentes tamaños	SÍ	NO
Concentrador de Oxígeno portátil	SÍ	NO	NA	Dispositivos supraglóticos de diferentes tamaños	SÍ	NO
Fonendoscopios (adulto y pediátrico)	SÍ	NO	NA	Lámpara portátil (linterna) (no se acepta la linterna del cel, se puede descargar, por bioseguridad, no hace parte de la dotación del maletín)	SÍ	NO
Tensiómetros (adulto y pediátrico)	SÍ	NO	NA	Tijera corta todo	SÍ	NO
Oxímetro	SÍ	NO	NA	Guantes desechables y estériles	SÍ	NO
Glucómetro	SÍ	NO	NA	Mascarillas o tapabocas desechables	SÍ	NO
Termómetro clínico	SÍ	NO	NA	Gafas de bio protección	SÍ	NO
Equipo de órganos con baterías de repuesto	SÍ	NO	NA	Baja lenguas	SÍ	NO

¿Cuenta con cardioversor o DEA con carga suficiente?	SÍ	NO
Si cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA), tiene parches adult/pediat y con fecha vigente?	SÍ	NO
¿Cuenta con monitor de signos vitales con carga sobre el 60%?	SÍ	NO
¿Cuenta con aspirador de secreciones con manguera de succión en óptimas condiciones?	SÍ	NO
Verificar la fecha de calibración de todos los equipos biomédicos vigente (anual)	SÍ	NO

II. SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (continuación)

Acta de inspección No. LMC07-25 **Fecha:** (6/04/2025) **Página** 3 **de** 9

Concepto: Cumple X No Cumple ___

¿Cuenta con un formato de registro de atención y referencia de pacientes?	SÍ	NO
¿Cuenta con tarjetas de triage?	SÍ	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria suficiente? Mínimo 1 paquete de sábanas y 1 cobija por camilla	SÍ	NO
¿Cuenta por lo menos con 2 camillas y 1 tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y correas?	SÍ	NO
¿Cuenta con por lo menos con 2 sillas de fácil limpieza?	SÍ	NO
¿Cuenta con radio con carga completa, batería de repuesto, como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado exclusivamente al MEC, que le permita establecer contacto con brigadas, AMBULANCIA, PMU y Logística? (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	SÍ	NO
¿El personal cuenta con identificación visible y/o reflectiva (aplica para eventos nocturnos)?	SÍ	NO
¿El personal cuenta con vestimenta material antifluido?	SÍ	NO
¿Cuenta con equipo de bioseguridad para cada persona (monogafas, tapabocas, guantes desechables, silbato, linterna)?	SÍ	NO
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	SÍ	NO
¿Cuenta con productos para limpieza y desinfección de superficies (rotulados y con fecha vigente)? Un producto para limpieza y otro para desinfección, o un producto que cumpla las dos funciones (Res. 1164/02)	SÍ	NO
¿Cuenta con recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SÍ	NO
Kit de derrames (fluidos biológicos y derrame de medicamentos) que cuente con: • Guantes desechables • Tapabocas • Monogafas • Delantal • Solidificador de líquidos • Producto de desinfección • Pala y recogedor pequeño • Bolsa roja • Paño absorbente	SÍ	NO
SOLO PARA MEC con médico: Cuenta con maletín que cuente con: • Analgésicos Anti Ácidos • Anti Anginosos Anti Arrítmicos • Anti Convulsivantes Anti Eméticos • Anti Espasmódicos Anti Hipertensivos • Anti Histamínicos AINES • Broncodilatadores Corticosteroides • Diuréticos Antisépticos Adrenalina • Líquidos Parenterales Relajante Muscular NO SE UTILIZARÁN MEDICAMENTOS DE CONTROL DE NINGUNO DE LOS GRUPOS AQUI RELACIONADOS.	SÍ	NO

OBSERVACIONES:

Responsable del servicio: Manuela Jimenez A.
CC: 1004935154
Firma:

Nombre funcionario SS y SS: Lady Chavez
CC: 1088341404
Firma:

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1 — Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Acta de inspección No. LMC01-75 — Fecha: (6/04/2025) — Página 4 de 9

Concepto: Cumple X — No cumple ___

Hora inicio verificación: 7:15	Hora finalización: 10:10	Lugar de la verificación: Villa Santana

1. DATOS ENTIDAD (Brigadas o equipos de primer auxilio)

Razón social: SAE Paramedico SAS		Representante legal: Elkin Florez
Nit: 9010106662-3	Dirección de la sede: 47.36 Casa 41 Barrio Corales	Teléfono: 3127831070
Tipo de evento: Deportivo Extremo		Responsable del evento: Santiago Robledo
Nombre del evento: Downhill Urbano en el municipio de Pereira		Total, brigadas instaladas/equipos: 4 brigadas

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 1 — EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Santiago Restrepo Duque	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA	
Documento identidad: CC. 1088353545	Profesión/ocupación: (TAPH) Auxiliar de Enfermería					
Los brigadistas cuentan con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:	Primeros auxilios		Primer respondiente		SVB y/o SVA	
Número total de brigadistas: 3	¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?				SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas)	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas		SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades		SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.		SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato por persona		SÍ X	NO

BRIGADA Nº 2 — EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Luscimis Duque	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA	
Documento identidad: 1087999736	Profesión/ocupación: Aux. de Enfermería					
Los brigadistas cuentan con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:	Primeros auxilios X		Primer respondiente		SVB y/o SVA	
Número total de brigadistas: 3	¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?				SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas)	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas		SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades		SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.		SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato por persona		SÍ X	NO

OBSERACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: Elkin Florez	Nombre funcionario SSP y SS: Lady Chuza
CC: 94282849	CC: 1088341404
Firma:	Firma

Alcaldía de PEREIRA

Versión:1 | Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. LMC07-25 Fecha: (6/04/2025) Página 5 de 9

Hora inicio verificación: 7:53	Hora finalización: 10:20	Lugar de la verificación: Villa Sandra

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº ___ / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Yakeline Bico	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA		
Documento identidad: 1088348640	Profesión/ocupación: Aux. de Enfermería						
Los brigadistas cuentan con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:	Primeros auxilios X	Primer respondiente	SVB y/o SVA				
Número total de brigadistas: 3	¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?				SÍ X	NO	
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas) SÍ X NO	Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas				SÍ X	NO	
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B SÍ X NO	Inmovilizadores de extremidades				SÍ X	NO	
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración) SÍ X NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.				SÍ X	NO	
Identificación visible y reflectiva en la noche SÍ X NO	Linterna y silbato por persona				SÍ X	NO	

BRIGADA Nº 4 / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Luis Hurtado	RETHUS	SÍ X	NO	SVB	SVA		
Documento identidad: 1093275633	Profesión/ocupación: TAPH						
Los brigadistas cuentan con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:	Primeros auxilios X	Primer respondiente	SVB y/o SVA				
Número total de brigadistas: 3	¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?				SÍ X	NO	
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas) SÍ X NO	Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas				SÍ X	NO	
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B SÍ X NO	Inmovilizadores de extremidades				SÍ X	NO	
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración) SÍ X NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.				SÍ X	NO	
Identificación visible y reflectiva en la noche SÍ X NO	Linterna y silbato por persona				SÍ X	NO	

OBSERVACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: Elkin Rojas CC: 94 28 2744 Firma:	Nombre funcionario SSP y SS: Lady Chaza CC: 1077471404 Firma:

Alcaldía de
PEREIRA

Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

ARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Concepto:
Cumple X No Cumple__

I. SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES

de verificación No. LMC01-25 Fecha: (6 04 2025) Placa del vehículo: FOL803 Página 6 de 9

a inicio verificación: 7:00	Hora finalización: 10:30
o de evento: Deportivo Extremo	Responsable del evento: Santiago Robledo
mbre del evento: Primera Versión de Down Hill Urbano	Lugar de la verificación: Villa Santana

INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS

azón social: SAE Paramedicos SAS			
epresentante legal: Elkin Flores			
it: 901010662	Teléfono: 3127831070	Dirección de la sede: Mz 36 Cs 41 B. Corales	

INFORMACIÓN DEL SERVICIO INSTALADO (TAM/TAB)

Servicio instalado:	TAB	¿El servicio se encuentra habilitado en REPS?	SI X	No
El servicio instalado corresponde al servicio requerido			SI X	No

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AMBULANCIA

Nombre: Elkin Dario Florez Munera			Documento de identidad: 94262849		
El conductor cuenta con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:			~~Primeros auxilios~~	Primer respondiente	SVB y/o SVA
Licencia de conducción:	X Si	No	Categoría: C1		

INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA

Nombre: Heidy Dayana Rendon Torres			Profesión/Ocupación: Te. Aux de Enfermería		
Documento de identidad: 1089379007			RETHUS:	SI X	NO
SVB (TAB)	SI X	NO	SVA (TAM)	SI	NO
Nombre:			Profesión/Ocupación:		
Documento de identidad:			RETHUS:	SI	NO
SVB (TAB)	SI	NO	SVA (TAM)	SI	NO

INFORMACIÓN DE DOTACIÓN Y CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD DE LA AMBULANCIA

¿Cuenta con monitor de signos vitales funcional (brazalete y pulsioxímetro) y con carga superior al 60%?	X	NO
¿Cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA) y con parches adulto y pediátrico con fechas vigentes?	X	NO
¿Cuenta con equipo eléctrico de aspiración con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños)?	X	NO
¿Cuentan con fonendo, tensiómetro y glucómetro (Para uso adulto y pediátrico y con fecha de calibración vigente)?	X	NO
¿Cuenta con resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado (fecha vencimiento)?	X	NO
¿Disponen de máscaras simples para uso adulto y pediátrico?	X	NO
¿Disponen de máscara de no Re-inhalación adulto y pediátrico?	X	NO
¿Dispone de cánulas nasales adulto y pediátrico?	X	NO
¿Cuentan con Kit Venturi adulto y pediátrico?	X	NO
¿Cuentan con cilindro oxigeno medicinal portátil y con carro?	X	NO
¿Cuenta con aditamento supraglótico varios tamaños? (mascara laringea, cánulas de guedell, etc.)	X	NO
¿Cuenta con tijeras corta todo o de trauma?	X	NO
¿Cuenta con pinzas de magill?		
¿Cuenta con atril portasueros?		

Pag 7 de 9

¿Cuenta con riñonera, pato para mujeres y pato hombres?	SI	NO
¿Cuenta con lámpara de mano con baterías de repuesto? (linterna)	SI	NO
¿Cuenta con manta térmica aluminizada?	SI	NO
¿Cuenta con torniquete de hemorragias?	SI	NO
¿Tienen silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con capacidad de carga mínimo de 120kg? (Debe tener sistema de sujeción para el paciente y al interior de la ambulancia)	SI	NO
¿La camilla central con anclaje funcionando, cinturón de seguridad en buen estado, barandillas con seguro, garantía de apertura y rodamiento?	SI	NO
¿Tienen la camilla secundaria para inmovilización espinal y con correas para asegurar el paciente?	SI	NO
¿Cuentan con inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños?	SI	NO
¿Cuentan con tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular?	SI	NO
¿Cuenta con adecuadas condiciones de limpieza del vehículo: Sin presencia de residuos de alimentos, sin polvo, sin evidencia de plagas, sin derrames de fluidos corporales, ¿etc.?	SI	NO
¿Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente? Un producto para limpieza y otro para desinfección, o un producto que cumpla las dos funciones (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SI	NO
¿Cuenta con elementos de protección personal EPP: Gafas de bioprotección, guantes desechables, tapabocas, uniforme material anti fluidos, batas y gorros.	SI	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria, mínimo dos sábanas y una cobija?	SI	NO
¿Cuenta con extintores ABC con capacidad mínima con carga de 2-26 kg para cada uno de los compartimientos del vehículo? Calibrados y con fecha de vencimiento vigente	SI	NO
¿Cuenta con radio como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con brigadas, MEC, PMU y Logística?	SI	NO
¿Cuenta con chalecos reflectivos?	SI	NO

OBSERVACIONES:

Responsable del servicio: Dayana Rendon T. **CC:** 1089379007. **Firma:** Dayana R.	**Nombre funcionario SSP y SS:** Lady Chuma **CC:** 1088341402 **Firma:**

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1

Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Concepto:
Cumple X No Cumple ___

I. SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES

Acta de verificación No. GMC01-25 Fecha: (6/04/2025) Placa del vehículo: UBQ666 Página 8 de 9

Hora inicio verificación:	8144	Hora finalización:	1012P
Tipo de evento:	Deportivo Entrenamiento	Responsable del evento:	Santiago Robledo
Nombre del evento:	Down Hill Urbano en Pereira	Lugar de la verificación:	Villa Santana

INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS

Razón social:	Rescate del eje SAS	
Representante legal:	Sandra Vanesa Lopez Londoño	
Nit: 901717962	Teléfono: 3132351611	Dirección de la sede: Cra 9 #25-25 of. 506 Torre A

INFORMACIÓN DEL SERVICIO INSTALADO (TAM/TAB)

Servicio instalado:	TAB	¿El servicio se encuentra habilitado en REPS?	SI	No
El servicio instalado corresponde al servicio requerido			SI	No

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AMBULANCIA

Nombre:	John Fredy Ramirez Molina		Documento de identidad:	9764128	
El conductor cuenta con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:			Primeros auxilios	Primer respondiente	SVB y/o SVA
Licencia de conducción:	SI	No	Categoría:	B2.	

INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA

Nombre:	Michel Camila Hoyos Sanchez		Profesión/Ocupación:	TAPH	
Documento de identidad:	1005021254		RETHUS:	SI	NO
SVB (TAB)	SI	NO	SVA (TAM)	SI	NO
Nombre:			Profesión/Ocupación:		
Documento de identidad:			RETHUS:	SI	NO
SVB (TAB)	SI	NO	SVA (TAM)	SI	NO

INFORMACIÓN DE DOTACIÓN Y CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD DE LA AMBULANCIA

¿Cuenta con monitor de signos vitales funcional (brazalete y pulsioxímetro) y con carga superior al 60%?	SI	NO
¿Cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA) y con parches adulto y pediátrico con fechas vigentes?	SI	NO
¿Cuenta con equipo eléctrico de aspiración con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños)?	SI	NO
¿Cuentan con fonendo, tensiómetro y glucómetro (Para uso adulto y pediátrico y con fecha de calibración vigente)?	SI	NO
¿Cuenta con resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado (fecha vencimiento)?	SI	NO
¿Disponen de máscaras simples para uso adulto y pediátrico?	SI	NO
¿Disponen de máscara de no Re-inhalación adulto y pediátrico?	SI	NO
¿Dispone de cánulas nasales adulto y pediátrico?	SI	NO
¿Cuentan con Kit Venturi adulto y pediátrico?	SI	NO
¿Cuentan con cilindro oxígeno medicinal portátil y central?	SI	NO
¿Cuenta con aditamento supraglótico varios tamaños? (mascara laríngea, cánulas de guedell, etc.)	SI	NO
¿Cuenta con tijeras corta todo o de trauma?	SI	NO
¿Cuenta con pinzas de magill?	SI	NO
¿Cuenta con atril portasueros?	SI	NO

¿Cuenta con riñonera, pato para mujeres y pato hombres?	SI	NO
¿Cuenta con lámpara de mano con baterías de repuesto? (linterna)	SI	NO
¿Cuenta con manta térmica aluminizada?	SI	NO
¿Cuenta con torniquete de hemorragias?	SI	NO
¿Tienen silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con capacidad de carga mínimo de 120kg? (Debe tener sistema de sujeción para el paciente y al interior de la ambulancia)	SI	NO
¿La camilla central con anclaje funcionando, cinturón de seguridad en buen estado, barandillas con seguro, garantía de apertura y rodamiento?	SI	NO
¿Tienen la camilla secundaria para inmovilización espinal y con correas para asegurar el paciente?	SI	NO
¿Cuentan con inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños?	SI	NO
¿Cuentan con tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular?	SI	NO
¿Cuenta con adecuadas condiciones de limpieza del vehículo: Sin presencia de residuos de alimentos, sin polvo, sin evidencia de plagas, sin derrames de fluidos corporales, ¿etc.?	SI	NO
¿Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente? Un producto para limpieza y otro para desinfección, o un producto que cumpla las dos funciones (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SI	NO
¿Cuenta con elementos de protección personal EPP: Gafas de bioprotección, guantes desechables, tapabocas, uniforme material anti fluidos, bata y gorros.	SI	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria, mínimo dos sábanas y una cobija?	SI	NO
¿Cuenta con extintores ABC con capacidad mínima con carga de 2-26 kg para cada uno de los compartimientos del vehículo? Calibrados y con fecha de vencimiento vigente	SI	NO
¿Cuenta con radio como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con brigadas, MEC, PMU y Logística?	SI	NO
¿Cuenta con chalecos reflectivos?	SI	NO

OBSERVACIONES:
No cuentan con baterías de repuesto para la linterna, se realiza recomendacion

Responsable del servicio: Michel Hoyos **CC:** 1005021254 **Firma:** Michel Hoyos	**Nombre funcionario SSP y SS:** Lady Chanza **CC:** 1088341401 **Firma:**

F9 F10 F11 F12 Impr Pant PetSis Bloq Despl Pausa Inter