III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. LMC03-75 Fecha: (30/05/2025) Página 1 de 8

Hora inicio verificación: 9:30	Hora finalización: 12:00	Lugar de la verificación: Expofuturo

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

Razón social: Paramedicos en casa		Representante legal:
Nit: 900489902-2	Dirección de la sede: Calle 23 # 6-59 Ed. Centro ejecutivo cons. 204	Teléfono: 3187997676
Tipo de evento: Ferias, Exposiciones, Eventos Empleados		Responsable del evento: Jorge Juan Ramirez Cardenas
Nombre del evento: Feria de Comercio, Arte y Cafe Sabor A Mi		Total, brigadas instaladas/equipos: 20

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 1 EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Tahora Arelloro Ospa	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA		
Documento identidad: 1088324741	Profesión/ocupación: Aux de enfermeria						
Los brigadistas cuentan con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:	Primeros auxilios X	Primer respondiente	SVB y/o SVA X				
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	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: Juan Felipe Parra Perea.	RETHUS	SÍ	NO X	SVB X	SVA		
Documento identidad: 1089.008.417	Profesión/ocupación: Aux. de enfermeria						
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	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	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.	SÍ	NO		
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato por persona	SÍ X	NO		

OBSERACIONES: Brigada 2 Coordinador no registrado en Rethus. muestra evidencia de Acta de grado como Aux. de enfermeria
Brigadas Uniformadas con Antifaz con distintivos diferentes.

Nombre coordinador de las brigadas: Andres Escobar CC: 1088291019 Firma:	Nombre funcionario SSP y SS: Lady Chaves CC: 1088341464 Firma

Scanned with CamScanner

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. (MC03-25 **Fecha:** (30/05/2025) **Página** 2 de 8

Hora inicio verificación:	Hora finalización:	Lugar de la verificación:
9130	12A00	Expofutura

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 3 / **EQUIPO Nº** ___

Nombre coordinador brigada:	Jose Leiv Galvis Gonzales	**RETHUS**	SI X	NO	**SVB**	~~SVA~~
Documento identidad:	7854657	**Profesión/ocupación:**	Aux. de enfermeria			
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?**			SI X	NO
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas)	SI X NO	**Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas**			SI X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SI X NO	**Inmovilizadores de extremidades**			SÍ	~~NO~~
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	~~SI~~ X NO	**Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.**			SÍ	~~NO~~
Identificación visible y reflectiva en la noche	~~SI~~ X NO	**Linterna y silbato por persona**			~~SI~~ X	NO

BRIGADA Nº 4 / **EQUIPO Nº** ___

Nombre coordinador brigada:	Valeria Arroyave Rojas	**RETHUS**	SI X	NO	**SVB** ~~X~~	**SVA**
Documento identidad:	CC. 1036448322	**Profesión/ocupación:**	Tec. Aux. de enfermeria			
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)	~~SI~~ X NO	**Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas**			SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SI X NO	**Inmovilizadores de extremidades**			SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	~~SI~~ X NO	**Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.**			SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SI X NO	**Linterna y silbato por persona**			SÍ X	NO

OBSERVACIONES: Brigada 3. Cuenta con inmovilizadores (cervicales) filadelfia de varios tamaños, sin inmovilizadores de extremidades

Nombre coordinador de las brigadas: Andrés Escobar **CC:** 1088291017 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Lady Chivata **CC:** 1088341407 **Firma:**

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. LMC 03-25 **Fecha:** (30/05/25) **Página** 3 de 8

Hora inicio verificación 9:30	**Hora finalización:** 12:00	**Lugar de la verificación:** Expofuturo

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

Razón social: Paramedicos en Casa		**Representante legal:** Oscar Hernando Arcila
Nit: 900 489902-2	**Dirección de la sede:**	**Teléfono:** 3187997676
Tipo de evento Ferias, Exposiciones, Gastronomica / inflables		**Responsable del evento:** Ivan Ramirez Cadavid
Nombre del evento: Feria de Cercania Arte y Cafe Fabrama		**Total, brigadas instaladas/equipos** 20

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 5 **EQUIPO Nº** ___

Nombre coordinador brigada: Valentina Jaramillo Acevedo	**RETHUS**	**SÍ** X	**NO**	**SVB**		**SVA**	
Documento identidad: CC. 1088279481	**Profesión/ocupación:** Tec. Aux.						
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**	**NO**	
Equipo de Bioseguridad por persona (guantes desechables, tapabocas, monogafas)	**SÍ** X	**NO**	**Tabla rígida con inmovilizador cefálico lateral y correas**			**SÍ**	**NO**
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**			**SÍ**	**NO**
Radio con baterías cargadas (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.**			**SÍ**	**NO**
Identificación visible y reflectiva en la noche	**SÍ** X	**NO**	**Linterna y silbato por persona**			**SÍ**	**NO**

BRIGADA Nº ___ **/ EQUIPO Nº** ___

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

OBSERACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: Andrés Escobar **CC:** 1088291019 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Eddy Chuse **CC:** 1088311402 **Firma**

Scanned with CamScanner

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – PUNTO DE PRIMER AUXILIO

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. LMC03-75 **Fecha:** (30/05/2025) **Página** 4 **de** 8

Hora inicio verificación: 9130	**Hora finalización:** 12f00	**Lugar de la verificación:**

1.DATOS ENTIDAD

Razón social: Paramedico en Casa		**Representante legal:**
Nit: 900489902-2	**Dirección de la sede:** Cll 23 # 6-59 Ed. centro ejecutivo cars 704	**Teléfono:** 3187947676
Tipo de evento: Ferias/Exposiciones, Gastronomico, Inflables		**Responsable del evento:** Juan Ramirez Cadavid
Nombre del evento: Feria de cocina, Arte y Cafe Sabor ami		

2. PERSONAL ASISTENCIAL

Nombre coordinador: Andres Felipe Escobar	**RETHUS**		**SVB/SVA**	
Documento identidad: 1088291019	**SÍ** X	**NO**	**SÍ**	**NO**
Profesión/ocupación: Teco.APH.	**Personal de apoyo cuenta con alguno de los siguientes cursos:**			
Número total de personal de apoyo: Oscar Humberto Ascila Rojo	**Primeros Auxilios** X	**Primer respondiente**	**SVB y/o SVA**	

3. DOTACIÓN E INFRAESTRUCTURA

¿El sitio de atención es seguro?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**	**SÍ** X	**NO**
¿Hay facilidad para el acceso de los vehículos de emergencia?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical adulto y pediátrico (multi-talla)**	**SÍ**	**NO** X
¿El sitio de atención se encuentra debidamente señalizado y es de fácil identificación para los participantes y/o asistentes?	**SÍ** X	**NO**	**Fonendoscopio, tensiómetro, oxímetro y glucómetro.**	**SÍ** X	**NO**
¿El sitio cuenta con adecuada iluminación y ventilación?	**SÍ** X	**NO**	**¿Cuenta con un formato de registro de atención de pacientes?**	**SÍ** X	**NO**
¿Cuenta el sitio con condiciones físicas y sanitarias adecuadas para atención de pacientes (buen aseo, ausencia de plagas, ausencia de escorrentía de aguas)?	**SÍ** X	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con elementos de protección personal EPP (guantes desechables, tapabocas, monogafas?**	**SÍ** X	**NO**
¿El sitio brinda privacidad al paciente?	**SÍ** X	**NO**	**Cuentan con una linterna y un silbato por persona?**	**SÍ** X	**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** X	**NO**	**Todo el personal del punto cuenta con identificación visible y reflectiva** (para eventos nocturnos)	**SÍ** X	**NO**
¿Cuenta con radio con carga completa, batería de repuesto, como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado	**SÍ** X	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con vestimenta en material antifluido?**	**SÍ** X	**NO**

Scanned with CamScanner

exclusivamente y que le permita establecer contacto con brigadas, AMBULANCIA, PMU y Logística? (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)					
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	**SÍ**	**NO**	**Kit de derrames (fluidos biológicos y derrame de medicamentos) que cuente con:** - Guantes desechables - Tapabocas - Monogafas - Delantal - Pala y recogedor pequeño - Bolsa roja -Paño absorbente -Producto de desinfección - Solidificador de líquidos	**SÍ** X	**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 ropa hospitalaria suficiente? Mínimo 1 paquete de sábanas y 1 cobija por camilla	**SÍ**	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 camilla en material de fácil limpieza?	**SÍ**	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 silla en material de fácil limpieza?	**SÍ**	**NO**			
Cuenta con botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SI**	**NO**			
Cuenta con tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y correas	**SÍ**	**NO**			

Observaciones:

Se recomienda uso de cobija o manta termica
Tener varias Sabanas

En la verificacion solo presencia de TAPH, informan personal de apoyo Ana Sofia Hernandez. CC. 1060590803 llega a cubrir punto de primer auxilio a las 12:00, se verifica y se deja con certificado en primeros auxilios, se les indica que debe estar el personal completo para la verificacion y el alistamiento.

Sin inmovilizadores cervicales graduables en el punto de primeros auxilios, indica representante legal que serán subsanados durante el evento.

Nombre coordinador: Andrei Escobar **CC:** 1088279019 **Firma:**	**Nombre funcionario SS y SS:** Lady Chuta **CC:** 1088341404 **Firma:**

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. IMC03-75 **Fecha:** (30/05/2025) **Placa del vehículo:** HJN689 **Página** 6 **de** 8

Hora inicio verificación: 9+00	**Hora finalización:** 12+00
Tipo de evento: Ferias, Expositivo, Gastronomico, Inflables	**Responsable del evento:** Jorge Juan Ramirez. Cedula
Nombre del evento: Feria de cocina, Arte y Cafe Sabor a Mi	**Lugar de la verificación:** Expofuturo

INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS

Razón social: Paramedicos en Casa		
Representante legal: Oscar Humberto Arcila Duque		
Nit: 900489902	**Teléfono:** 3187997676	**Dirección de la sede:** Calle 23 #6-59 Bl. Centro Egastro Casa 204

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: Jhonatan Orozco Mosquera			**Documento de identidad:** 1112779176	
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:** B1	

INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA

Nombre: Juan David Arcila Restrepo			**Profesión/Ocupación:** Aux. de enfermeria		
Documento de identidad: 1088268798			**RETHUS:**	X **SÍ**	**NO**
SVB (TAB)	~~SI~~	**NO**	**SVA (TAM)**	**SÍ**	**NO**
Nombre:			**Profesión/Ocupación:**		
Documento de identidad:			**RETHUS:**	**SI**	**NO**
SVB (TAB)	**SÍ**	**NO**	**SVA (TAM)**	**SÍ**	**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%?	~~SÍ~~	NO
¿Cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA) y con parches adulto y pediátrico con fechas vigentes?	SÍ	~~NO~~
¿Cuenta con equipo eléctrico de aspiración con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños)?	~~SÍ~~	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)?	~~SÍ~~	NO
¿Disponen de máscaras simples para uso adulto y pediátrico?	SÍ	~~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

Scanned with CamScanner

¿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:

En la verificacion se evidencia DEA sin parches vigentes, realizan sobrancacion con otro DEA.
Cuenta con mascara simple adulto, falta pediatrica
Falta mascara laringea Adulto.

Responsable del servicio: [illegible]	**Nombre funcionario SSP y SS:** Lady Chuaca
CC: 1088268793	**CC:** 1088341404
Firma:	**Firma:**

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1 Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

ACTA OBSERVACIONES/HALLAZGOS PLAN ATENCIÓN EN SALUD

Acta de inspección No. LMC03-25 **Fecha:** (30/05/2025) **Página** 8 **de** 8

Hora inicio verificación: 9:00 AM	**Hora finalización:** 12:00
NOMBRE DEL EVENTO: Feria de Cocina, Arte y Cafe Sabor a Mi.	
Lugar de la verificación: Expofuturo	
Empresario responsable del evento: Juan Ramirez	
Razón social OPERADOR PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD: Paramedicos SAS	
Representante legal: Oscar Humberto Arcila Duque	**Nit:** 900489902-2

Se realiza presencia para la verificación de los recursos en salud. para el cubrimiento del evento segun lo programado verificacion que se inicia a las 9:00 AM, recursos a esta hora aun no completos para la verificacion, se inicia verificacion a las 9:35
Se evidencian menores de edad cubriendo dentro del personal de brigadistas

Salome. Castaño Galeano TI 1087551885
Laura Martinez Mejia TI 1089602608
Alexandra Guapacha TI 1089935270
Coordinador envia permisos de Adultos para la ejecucion de actividades por los menores de edad en el evento como brigadistas.
Brigada 5.
Coordinadora Valentina Serna Acevedo. CC:1088829481 Te. Aux. de enfermeria
Cumple con el requerimiento en la verificacion
En general se evidencio personal de salud identificado con uniformes distintivos de entidad educativa, informa coordinador que estan autorizados para realizar cubrimiento y son validadas como practicas para los estudiantes.
Se subsana mientras llega apoyo al punto de primer auxilio con un personal de apoyo con curso de Primeros Auxilios. Oscar Humberto Arcila
Se le informa que deben subsanar los hallazgos encontrados dentro de la verificacion, enviar fotos a correo epsaludpereira@gmail.com

Responsable Plan de Atención Salud: Andrés Escobar **CC:** 1088291084 **Firma:**	**Funcionario SSP y SS:** Lady Chuza 1088341464 **CC:** **Firma:**

Scanned with CamScanner