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. LMC14-75 Fecha:(11/10/2025) Página 1 de 3

Hora inicio verificación	Hora finalización:	Lugar de la verificación:
16+30	19+20	Plaza de ferias Comfa

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

Razón social: Pencarrechos en Casa		Representante legal: Oscar Arcila	
Nit: 900489902-7	Dirección de la sede: Calle 23#6-64 apc. 204		Teléfono: 3187997676
Tipo de evento: Concierto / Ferias – Exposiciones		Responsable del evento: Robinson Abad Monroy.	
Nombre del evento: Rasgando con el caballo de la Nueva Ruta		Total, brigadas instaladas/equipos	

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº ___ EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Juan Sebastian Salazar			RETHUS	SÍ	NO	SVB	SVA
Documento identidad: 1004855736			Profesión/ocupación: Aux de Enfermera				
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	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	SÍ	NO	Linterna y silbato por persona			SÍ	NO

BRIGADA Nº / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: María Camila Niño Estepa			RETHUS	SÍ	NO	SVB	SVA
Documento identidad: 1121951437			Profesión/ocupación: Aux 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:			¿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

OBSERVACIONES:
Brigada 2: brigadista menor de edad laborando con permiso de trabajo escrito o

Nombre coordinador de las brigadas: Oscar Humberto Arcila CC: 1011451? Firma:	Nombre funcionario SSP y SS: Lady Chaux CC: 1087341442 Firma

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. UMC14-75 Fecha:(11/10/2025) Página 2 de 7

Hora inicio verificación: 16:30	Hora finalización: 19:20	Lugar de la verificación: Plaza de ferias Centro

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 3 / EQUIPO Nº ____

Nombre coordinador brigada: Felipe Estrada	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA	
Documento identidad: 1004965069	Profesión/ocupación: Aux. 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 NO	Linterna y silbato por persona	SÍ X	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

OBSERVACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: CC: 1088145172 Firma:	Nombre funcionario SSP y SS: Lady Chinda CC: 1088341404 Firma:

II. SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Concepto: Cumple X No Cumple ___

Acta de inspección No. CMC14-25 **Fecha:** (11/10/2025) **Página** 3 **de** 7

Hora inicio verificación: 16130	**Hora finalización:** 19170	**Lugar de la verificación:** Plaza de Ferias Comfamiliares
Tipo de evento: Conciertos / Ferias - Exposiciones		**Responsable del evento:** Rebeca Abad Monroy
Nombre del evento: Rapando con el caballo de la Música Popular		

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

Razón social: Paramedicos en casa			**Nit:** 901489902-2		
Representante legal: Oscar Avila			**Dirección de la sede:** Calle 23 # 6-59	**Teléfono:** 3187997676	
SERVICIO INSTALADO:	**MEC CON TECNÓLOGO APH** ~~X~~	**MEC CON MÉDICO**	**¿El servicio instalado se encuentra habilitado en REPS?**	**SÍ** X	**NO**

PROFESIÓN / OCUPACIÓN	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RETHUS VIGENTE		SVA	
Auxiliar de Enfermería	Daniela Alejandra Alzate Arismendi	CC. 1088600196	SÍ X	NO	SÍ	NO
TAPH.	John Fredy Ramirez Molina	CC. 9.764.128	SÍ	NO	SÍ	NO

OBSERVACIONES:
A la verificación del MEC Básico se evidencia a Aux. Daniela Alejandra Auxiliar de enfermería como líder del MEC se dan aclaraciones y subsanan puesto cambiando a líder de Brigada John Fredy Ramirez Molina para q̃ quede como líder del MEC y ella pasa a ser líder de la brigada 2.
Apoyando el MEC. Brigadista con Perfil de Salud Claudia Mayren Pulgarin Vera CC 42112169 Aux. Enfermería

Responsable del servicio: John Fredy Ramirez **CC:** 9764.128 **Firma:**	**Nombre funcionario SS y SS:** Yady Claudia **CC:** 1088341404 **Firma:**

II. SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Acta de inspección No. CMC14-25 **Fecha:** (11/10/2025) **Página** 4 **de** 7

¿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. LHCIH-25 **Fecha:(** 11/10/2025 **) Página** 5 **de** 7

Concepto: Cumple ✓ 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 • Líquidos Parenterales Relajante Muscular Adrenalina NO SE UTILIZARÁN MEDICAMENTOS DE CONTROL DE NINGUNO DE LOS GRUPOS AQUI RELACIONADOS.	SÍ	~~NO~~ N/A

OBSERVACIONES:

Responsable del servicio: John Fredy Ramirez **CC:** 976.478 **Firma:**	**Nombre funcionario SS y SS:** Lady Chinchilla **CC:** 1.088.341.462 **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. LHC14-75 **Fecha:** (11/10/2075) **Placa del vehículo:** HJN689 **Página** 6 **de** 7

Hora inicio verificación: 18+20		**Hora finalización:**	
Tipo de evento: Ceremonia / Ferias y espectaculos		**Responsable del evento:** Rubiel Abad Monroy	
Nombre del evento: Rodeo con el caballo de la Virgen		**Lugar de la verificación:** Plaza de Ferias Comfamiliar	

INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS

Razón social: Paramedicos en casa		
Representante legal: Oscar Arcila		
Nit: 900489902-2	**Teléfono:** 3187997676	**Dirección de la sede:** Calle 23 # 6-59

INFORMACIÓN DEL SERVICIO INSTALADO (TAM/TAB)

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

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AMBULANCIA

Nombre: (Carlos Ferney Jenny Fernanda Rodallegas Aranzazu)			**Documento de identidad:** 89005921	
El conductor cuenta con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:			**Primeros auxilios** X	**Primer respondiente**	SVB y/o SVA X
Licencia de conducción:	SÍ X	**No**	**Categoría:** B1	

INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA

Nombre: Jenny Fernanda Rodriguez Posada			**Profesión/Ocupación:** Aux. de Enfermeria		
Documento de identidad: 1088304436 5			**RETHUS:**	SÍ	NO
SVB (TAB)	SÍ	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 X	NO
¿Cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA) y con parches adulto y pediátrico con fechas vigentes?	SÍ X	NO
¿Cuenta con equipo eléctrico de aspiración con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños)?	SÍ X	NO
¿Cuentan con fonendo, tensiómetro y glucómetro (Para uso adulto y pediátrico y con fecha de calibración vigente)?	SÍ X	NO
¿Cuenta con resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado (fecha vencimiento)?	SÍ X	NO
¿Disponen de máscaras simples para uso adulto y pediátrico?	SÍ X	NO
¿Disponen de máscara de no Re-inhalación adulto y pediátrico?	SÍ X	NO
¿Dispone de cánulas nasales adulto y pediátrico?	SÍ X	NO
¿Cuentan con Kit Venturi adulto y pediátrico?	SÍ X	NO
¿Cuentan con cilindro oxígeno medicinal portátil y central?	SÍ X	NO
¿Cuenta con aditamento supraglótico varios tamaños? (mascara laríngea, cánulas de guedell, etc.)	SÍ X	NO
¿Cuenta con tijeras corta todo o de trauma?	SÍ X	NO
¿Cuenta con pinzas de magill?	SÍ X	NO.
¿Cuenta con atril portasueros?	SÍ X	NO

¿Cuenta con riñonera, pato para mujeres y pato hombres?	SÍ	NO
¿Cuenta con lámpara de mano con baterías de repuesto? (linterna)	SÍ	NO
¿Cuenta con manta térmica aluminizada?	SÍ	NO
¿Cuenta con torniquete de hemorragias?	SÍ	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)	SÍ	NO
¿La camilla central con anclaje funcionando, cinturón de seguridad en buen estado, barandillas con seguro, garantía de apertura y rodamiento?	SÍ	NO
¿Tienen la camilla secundaria para inmovilización espinal y con correas para asegurar el paciente?	SÍ	NO
¿Cuentan con inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños?	SÍ	NO
¿Cuentan con tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular?	SÍ	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.?	SÍ	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)	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 recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SÍ	NO
¿Cuenta con elementos de protección personal EPP: Gafas de bioprotección, guantes desechables, tapabocas, uniforme material anti fluidos, batas y gorros.	SÍ	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria, mínimo dos sábanas y una cobija?	SÍ	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	SÍ	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?	SÍ	NO
¿Cuenta con chalecos reflectivos?	SÍ	NO

OBSERVACIONES:

felicitaciones

Responsable del servicio: 1.088.304.365 **CC:** **Firma:** Fernanda Rodriguez Fernanda R.	**Nombre funcionario SSP y SS:** Leidy Chanzo **CC:** 1088344404 **Firma:**