SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA
INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN
CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS

ACTA No.			Página	1	de 4

MARCO NORMATIVO: Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Resolución 1164 de 2002, Resolución 926 de 2017, Resolución 3100 de 2019, Decreto Municipal 511 de 2019.

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

Fecha	30/12/2025	Hora inicio:	10:30	Hora finalización:	11:35
Municipio	Pereira	Dirección verificación:	Ronda Norte		

1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES (REPS)

Razón social	Soporte Atencion y Rescate SAS		
Representante legal	Jose Gonzalo Valencia		
NIT	900744003	Código de prestador	6600103415
Dirección de la sede:	Av. 30 Agosto # 68-175 Cuaternal	Teléfono	3103740274

2. DATOS DEL VEHICULO

Placa	2.1. Tarjeta de propiedad			SOAT (Circular 15/2016 Super Salud)			Revisión Técnico Mecánica		
	Número	Coincidente con REPS		Fecha de vencimiento	2.2 SOAT VIGENTE?		Fecha de vencimiento	2.3 Revisión Técnico mecánica vigente?	
HEL733	10024618	SI X	NO	28/02/2026	SI X	NO	18/11/2026	SI X	NO

3. COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

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

3.1 El vehículo se encuentra registrado en el REPS	SI X	NO	
3.2 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	Johana Peña Herrera							
Profesión/Ocupación	Aux de enfermeria							
Documento de identidad	Cédula	X	Tarjeta de identidad		Pasaporte		Cédula extranjeria	
	Permiso especial de permanencia				Número documento	1053789325		
4.1 Cuenta con inscripción Rethus/Deptal:	SI X	NO	4.2 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Básico				SI X	NO
4.3 Cuenta con capacitación en Soporte Vital Avanzado SVA		SI	NO	No aplica X				

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 aplica				

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre	Victor Correa							
Documento de identidad	Cédula	X	Tarjeta de identidad		Pasaporte		Cédula extranjeria	
	Permiso especial de permanencia				Número documento	10015342		
Licencia de conducción	SI X	NO	Número	10015342	Categoria		C2	
4.4 Cuenta con curso certificado en primeros auxilios o Soporte Vital Basico.	SI	NO	4.5 Cuenta con curso certificado en primer respondiente				SI X	NO

5. CONDICIONES MINIMAS DE BIOSEGURIDAD.

5.1. 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 X	NO
5.2. 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 X	NO
5.3. La ambulancia cuenta con un area especifica para realizar el proceso de limpieza y desifección.	SI X	NO
5.4. El personal de la ambulancia cueta con todos los Equipos de Proteccion Personal (Guantes, tapabocas y monogafas) para realizacion del proceso de limpieza y desinfección.	X	
5.5. Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados (Res. 1164/02)	SI X	NO
5.6. Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzantes (Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado).	X	NO

	SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	Página 2 de 4	
ACTA No.			
5.7. Cuenta con elementos de protección personal-EPP que se describen a continuación:		SI	NO
5.7.1. Cuenta con un (1) recipiente de gel antibacterial.		SI	NO
5.7.2. Cuentan con sábanas desechables.		SI	NO
5.7.3. Cuenta con cobija		SI	NO
5.7.4. Cuenta con mascarillas quirurgicas.		SI	NO
5.7.5. Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas o con careta.		SI	NO
5.7.6. Cuenta con batas de bioseguridad desechables manga larga.		SI	NO
5.7.7. Cuenta con guantes desechables		SI	NO
5.7.8. Cuenta con mascaras N95			
6. DOTACIÓN: VERIFIQUE QUE LA AMBULANCIA CUENTE CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS EN BUEN ESTADO Y OPERANDO:			
6.1. Desfibrilador externo automático DEA, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos (verificar fecha de vencimiento de los parches).		SI	NO
6.2 Fonendoscopio adulto y pedlátrico		SI	NO
6.3 Tensiómetro adulto y pedlátrico.		SI	NO
6.4 Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).		SI	NO
6.5 Aspirador nasal manual		SI	NO
6.6 Torniquete para control de las hemorragias		SI	NO
6.7 Glucómetro con tirillas.		SI	NO
6.8 Camilla principal con sistema de anclaje y cinturones de seguridad o correas para asegurar el paciente.		SI	NO
6.9 Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.		SI	NO
6.10 Atril porta suero de dos ganchos		SI	NO
6.11 Equipos para inmovilización que cuenta con inmovilizadores cervicales graduables, adulto (2) y pediátrico, inmovilizadores laterales de cabeza, inmovilizadores para extremidades superiores e inferiores de varios tamaños.		SI	NO
6.12 Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular.		SI	NO
6.13 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.		SI	NO
6.14 Mascaras simple adulto y pediátrica		SI	NO
6.15 Mascaras de no rehinalacion adulto y pedriático		SI	NO
6.16 Canulas nasales adulto y pediátrico		SI	NO
6.17 Aditamentos supraglóticos de varios tamaños (mascaras laríngeas)		SI	NO
6.18 Kit ventury adulto y pediátrico		SI	NO
6.19 Cilindro con Oxígeno medicinal con capacidad de almacenamiento mínimo de tres (3) metros cúbicos con sistema de sujeción al habitáculo del paciente. (Incluye flujómetro).		SI	NO

	SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS		
ACTA No.		Página 3 de 4	

6.20 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).	SI	NO
6.21 Tijeras de material o corta todo	SI	NO
6.22 Lampara de mano con baterías de repuesto (linterna)	SI	NO
6.23 Manta térmica aluminizada	SI	NO
6.24 Resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado.	SI	NO
6.25 Pinzas de Magil	SI	NO
6.26 Riñonera	SI	NO
6.27 Pato para mujeres y pato para hombres	SI	NO
6.28 Monitor de signos vitales con accesorios adultos y pediátricos que cuente con mínimo: trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador , presión no invasiva, saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monito o externo.	SI	NO
6.29 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).	SI	NO
6.30 Cuenta con chalecos reflectivos para la tripulación	SI	NO

7. HALLAZGOS Y OBSERVACIONES.

No tienen cobija solo manta termica

SEM	SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	SEM

ACTA No.		Página	4	de	4

8. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA.

9. ANEXOS

1	Contrato de lavadero
2	
3	
4	
5	

10. MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ENTIDAD VERIFICADORA DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS.

Ninguna

Responsable ambulancia (perfil de salud): JOHANA PEÑA H. CC: 1053789325 Firma: JOHANA PEÑA H.	Conductor de la ambulancia: Victor Hugo Correa CC: 10015342 Firma:
Nombre funcionario SEM. Lady Chunda CC: 1088341404 Firma:	Nombre funcionario SEM. Roberto Moreno CC: 1677 cyc Firma:
Nombre testigo: CC: Firma:	Nombre testigo: CC: Firma:

Queda copia de la presenta acta diligenciada, en manos del prestador:					SI X	NO
Medio de entrega	Se envía por correo electrónico		Copia entregada a tripulantes		Foto del formato	X
	Otros	Cual ?	Ninguna			