

		SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS					
ACTA No. 24						Página	1 de 5
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	30-12-25	Hora inicio:	9:07	Hora finalización:			
Municipio	PEREIRA	Dirección verificación:	Posto de verificación				
1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES (REPS)							
Razón social	RESCATAR EL E.S.S						
Representante legal	Alexandra Arzú Vargas						
NIT	901717962-7	Código de prestador	6600103286-01				
Dirección de la sede:	Cra 9 # 25-65 oficina S06	Teléfono	313237611				
2. DATOS DEL VEHICULO							
Placa	2.1. Tarjeta de propiedad		SOAT (Circular 15/2016 Super Salud)		Revisión Técnico Mecánica		
DTF 473	Número	Coincidente con REPS	Fecha de vencimiento	2.2 SOAT VIGENTE?	Fecha de vencimiento	2.3 Revisión Técnico mecánica vigente?	
	1003880	☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO	2026/07/18	☒ SI ☐ 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
3.1 El vehículo se encuentra registrado en el REPS					☒ SI ☐ NO		
3.2 La complejidad habilitada del servicio corresponde con la identificada en la móvil.					☒ SI ☐ NO		
4. DATOS DE LA TRIPULACIÓN							
DATOS DEL PERFIL EN SALUD							
PERFIL EN SALUD 1							
Nombre completo		Susan Dahiana Huacape Ceballos					
Profesión/Ocupación		Auxiliar de Enfermería					
Documento de identidad		Cédula	Tarjeta de identidad	Pasaporte	Cédula extranjera		
		Permiso especial de permanencia	Número documento 1053864600				
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				
PERFIL EN SALUD 2							
Nombre completo							
Profesión/Ocupación							
Documento de identidad		Cédula	Tarjeta de identidad	Pasaporte	Cédula extranjera		
		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		CECILIA AUGUSTO RIVERA BOTEIRO					
Documento de identidad		Cédula	Tarjeta de identidad	Pasaporte	Cédula extranjera		
		Permiso especial de permanencia	Número documento 10016357				
Licencia de conducción		☒ SI ☐ NO	Número	36016357			
4.4 Cuenta con curso certificado en primeros auxilios o Soporte Vital Básico.		☒ SI ☐ NO	4.5 Cuenta con curso certificado en primer respondiente		☒ SI ☐ 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 ☐ 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 ☐ NO	
5.3. La ambulancia cuenta con un area específica para realizar el proceso de limpieza y desinfección.						☒ SI ☐ NO	
5.4. El personal de la ambulancia cuenta con todos los Equipos de Protección Personal (Guantes, tapabocas y monogafas) para realización del proceso de limpieza y desinfección.							
5.5. Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados (Res. 1164/02)						☒ SI ☐ NO	
5.6. Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzantes (Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado).						☒ SI ☐ NO	

		SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS			
ACTA-No.	24	Página	2	de	5
5.7. Cuenta con elementos de protección personal-EPP que se describen a continuación:					
5.7.1. Cuenta con un (1) recipiente de gel antibacterial.		☒		NO	
5.7.2. Cuentan con sábanas desechables.		☒		NO	
5.7.3. Cuenta con cobija		☒		NO	
5.7.4. Cuenta con mascarillas quirúrgicas.		☒		NO	
5.7.5. Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas o con careta.		☒		NO	
5.7.6. Cuenta con batas de bioseguridad desechables manga larga.		☒		NO	
5.7.7. Cuenta con guantes desechables		☒		NO	
5.7.8. Cuenta con mascarar N95		☒		NO	
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).		☒		NO	
6.2 Fonendoscopio adulto y pediátrico		☒		NO	
6.3 Tensiómetro adulto y pediátrico.		☒		NO	
6.4 Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).		☒		NO	
6.5 Aspirador nasal manual		☒		NO	
6.6 Torniquete para control de las hemorragias		☒		NO	
6.7 Glucómetro con tirillas.		☒		NO	
6.8 Camilla principal con sistema de anclaje y cinturones de seguridad o correas para asegurar el paciente.		☒		NO	
6.9 Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.		☒		NO	
6.10 Atril porta suero de dos ganchos		☒		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.		☒		NO	
6.12 Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular.		☒		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.		☒		NO	
6.14 Mascaras simple adulto y pediátrica		☒		NO	
6.15 Mascaras de no rehalacion adulto y pediátrico		☒		NO	
6.16 Canulas nasales adulto y pediátrico		☒		NO	
6.17 Aditamentos supraglóticos de varios tamaños (mascaras laríngeas)		☒		NO	
6.18 Kit ventury adulto y pediátrico		☒		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).		☒		NO	



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



ACTA No.	<u>PM</u>		Página	<u>3</u>	de	<u>5</u>	
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 Lámpara 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 monitor 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.

	SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS	
ACTA No. <u>24</u>	Página <u>4</u> de <u>5</u>	
8. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA.		
<p><i>ninguna</i></p>		
9. ANEXOS		
1		
2		
3		
4		
5		
10. MEDIDAS ADOPTADAS POR LA ENTIDAD VERIFICADORA DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS.		
<p><i>Cumple con los requisitos básicos para la prestación del servicio</i></p>		
Responsable ambulancia (perfil de salud): <u>SUSAN RAHIANA HINCAPIE</u> CC: <u>1053864600</u> Firma: <i>[Firma]</i>		Conductor de la ambulancia: CC: <u>10016351</u> Firma: <i>[Firma]</i>
Nombre funcionario SEM: <u>Lady Chusa</u> CC: <u>1088341404</u> Firma: <i>[Firma]</i>		Nombre funcionario SEM: <u>ROBERTO MORENO</u> CC: <u>16226763</u> Firma: <i>[Firma]</i>
Nombre testigo: CC: Firma:		Nombre testigo: CC: Firma:
Queda copia de la presente acta diligenciada, en manos del prestador:		
		SI ☐ NO ☐
Medio de entrega	Se envía por correo electrónico	Copia entregada a tripulantes
	Otros	Foto del formato
	Cual ?	



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



ACTA No.		Página	5	de	5
MARCO NORMATIVO: Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Resolución 1164 de 2002, Resolución 926 de 2017, Resolución 3100 de 2019, Decreto 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	30-12-2015	Hora inicio:	9:07	Hora finalización:	
Municipio	Pereira	Dirección verificación:	PDI de ambulancia		
7. HALLAZGOS Y OBSERVACIONES.					

[The main body of the form is crossed out with a large diagonal line.]