

		SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS SEM PEREIRA INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS					
ACTA No. KH		Página 1		de 1			
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	30-12-23	Hora inicio:	10:35	Hora finalización:	11:07		
Municipio	Pereira	Dirección verificación:	Posto IBERIN				
1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES (REPS)							
Razón social	Ambulancias Comunitarias de Salud						
Representante legal	Dr. Cristian Andres Castano Lopera						
NIT	901395196-0	Código de prestador	6000102844				
Dirección de la sede:	Calle 55A # 23-95. M25 casa 33 Berrío					Teléfono	310000001
2. DATOS DEL VEHICULO							
Placa	2.1. Tarjeta de propiedad		SOAT (Circular 15/2016 Super Salud)		Revisión Técnico Mecánica		
E0603	Número	Coincidente con REPS	Fecha de vencimiento	2.2 SOAT VIGENTE?	Fecha de vencimiento	2.3 Revisión Técnico mecánica vigente?	
	10029	SI	29/12/2025	SI	2026/12/02	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
				SI	NO		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		Valentina Ruiz Giraldo					
Profesión/Ocupación							
Documento de identidad		Cédula	Tarjeta de identidad	Pasaporte	Cédula extranjera		
		Permiso especial de permanencia	Número documento	108837170			
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		Juan Carlos Leon Garcia					
Documento de identidad		Cédula	Tarjeta de identidad	Pasaporte	Cédula extranjera		
		Permiso especial de permanencia	Número documento	1098311294			
Licencia de conducción		SI	NO	Número	1098311294		
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 especifica 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.						SI	NO
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. <u>84</u>		Página	<u>2</u>	de	<u>9</u>
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. 257 [REDACTED] 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 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 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.

[A large diagonal line is drawn across this section, indicating no findings or observations.]



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



ACTA No. 84

Página

4

de

4

8. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA.

9. ANEXOS

1
2
3
4
5

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

Diagnóstico Amplio en condiciones de operación

Responsable ambulancia (perfil de salud): Valentina Ruiz G.
CC: 1088327170
Firma: Valentina Ruiz G.

Conductor de la ambulancia: Juan Carlos Loal S.
CC: 1098311298
Firma: Juan Carlos Loal S.

Nombre funcionario SEM. Robert Moreno
CC: 16220003
Firma:

Nombre funcionario SEM. Lady Chumacero
CC: 1088311404
Firma:

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

Foto del formato

Otros

Cual ?