| Municipio de Dosquebradas | MACROPROCESO: MISIONAL | | SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | |
| | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓNDE SERVICIOS EN SALUD | | |
| | ACTA DE REUNIÓN | VERSIÓN:2 | |

| Fecha. 08- 12- 2025 | Hora: 14:30PM | Lugar: Cra 16 cll 20 | Acta No. |
|---|---|---|---|
| TEMA DE REUNIÓN: Verificar in situ las condiciones mínimas de operación de los vehículos ambulancia en el Sistema de Emergencias Médicas SEM Municipal. | | | |

**ORDEN DEL DÍA**

1. Datos entidad prestadora del servicio de transporte de pacientes
2. Datos del vehículo
3. Complejidad del servicio
4. Datos de la tripulación
5. Condiciones mínimas de bioseguridad.
6. Protocolo de triage y su implementación.

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

Se inicia la visita de inspección y vigilancia a las 14:30PM en la posta Popa, a la ambulancia de placas EGZ762 de transporte asistencial básico. Con presencia de las siguientes personas:

Asistentes: Por el sistema de emergencias Médicas Dosquebradas:

- Jaiver Loaiza, Tecnólogo de Atención

Prehospitalaria, SEM Por el prestador:

- Osbeimar Garcia, tripulante
- Jhoanny Ramirez,Conductor

**Desarrollo de la visita: realizada la aplicada la verificación del instrumento se evidencia que:**

**ItemTalento humano:**

- Cuenta con Tecnólogo en atención prehospitalaria o auxiliar de enfermería, con certificado de formación en soporte vital básico.
- Conductor con licencia de conducción y curso de primeros auxilios.

**Item Condiciones mínimas de bioseguridad:**

- Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente.
- 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.
- El tripulante describe en orden los pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente:
- Deja ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire.
- Conoce las recomendaciones y lineamientos para el manejo de los materiales usados para el proceso de

limpieza y desinfección dados por el fabricante de los productos usados.

- Realiza limpieza y desinfección de todas las superficies con las que pueden haber entrado en contacto con el paciente, realizando aspersión del producto desinfectante y dejando actuar el tiempo indicado según el producto utilizado.
- Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados.
- Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzante, esta fijo, asegurado y debidamente rotulado.
- Cuenta con recipiente de agua potable de capacidad mínima de 1.0 galón, con jabón líquido para manos y con toallas desechables para secado de manos.
- Cuenta con cuatro (4) sábanas desechables.
- Cuenta con una (1) caja de guantes de látex.
- Cuenta con cuatro (4) máscaras N95.
- La tripulación usa ropa en material antifluido.
- Cuenta con cuatro (4) gorros.
- Cuentacon una (1) caja de mascarilla quirúrgica.
- Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas.
- Cuenta como mínimo con cuatro (4) batas de bioseguridad desechables manga larga.
- cuenta con una (1) cobija.

**Item Dotación:**

- Cuenta con desfibrilador externo automático DEA, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos
- Fonendoscopio adulto y pediátrico.
- Tensiómetro adulto y pediátrico.
- Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).
- Cuenta con Glucómetro con tirillas.
-

**Item Triage:**

La tripulación aplica el protocolo triage de clasificación de los pacientes por colores y lo describe de la siguiente manera:

- **Rojo:** triage 1(atención inmediata)
- **Naranja**: triage 2 (hasta 30 min)
- **Amarillo**: triage 3 (4 horas)
- **Verde**: triage 4 (consulta externa).

Adicional en la historia clínica de la empresa lo aplican al llenar los datos de cada paciente.

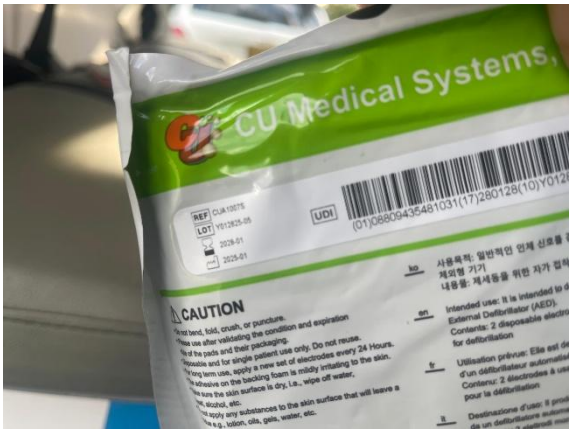
En la presente visita de inspección no se tuvieron hallazgo al instrumento de verificación de condiciones de ambulancias.

Se envía acta sin hallazgos.

| Municipio de Dosquebradas | MACROPROCESO: MISIONAL | | SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | |
| | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓNDE SERVICIOS EN SALUD | | |
| | ACTA DE REUNIÓN | VERSIÓN:2 | |

**REGISTRO FOTOGRAFICO O ANEXOS, SI APLICA**




| Proyectó | | Responsable | |
|---|---|---|---|
| Nombre | Firma | Nombre | Firma |
| **STEPHANIEURIBE** Enfermera Profesional - SEM Secretaria de Saludy Seguridad Social de Dosquebradas | | **JAIVER LOAIZA** Tecnólogo enatención prehospitalaria Despachador SEM | |

Se anexa lista de instrumento.

| Municipio de Dosquebradas | MACROPROCESO: MISIONAL | | SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | |
| | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | | |
| | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS | VERSIÓN: 01<br>FV: 12/2024 | |

| ACTA No. | | | Página | | de | |
|---|---|---|---|---|---|---|

**MARCO NORMATIVO:** Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Resolución 1164 de 2002, Resolución 2184 de 2019, Resolución 926 de 2017, Resolución 3100 de 2019, Resolución 5596 de 2015, Circular 059 19 dic 2023

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

| Fecha: | 08/12/25 | Hora inicio: | 14:30 | Hora finalización: | |
|---|---|---|---|---|---|
| Municipio: | Dosquebradas | Dirección verificación: | | | |

## 1. DATOS ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

| Razón social: | Orion medical | | |
|---|---|---|---|
| Representante legal: | Andres Orpina | Documento: | 10007789 |
| NIT: | 901678787 | Código de prestador: | |
| Dirección de la sede: | | Teléfono: | |

## 2. DATOS DEL VEHÍCULO

| Placa | Tarjeta de propiedad | SOAT (Circular 15/2016 Súper Salud) | | | Revisión Técnico Mecánica | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de vencimiento | 2.1 SOAT VIGENTE? | | Fecha de vencimiento | 2.2 Revisión Técnico mecánica vigente? | |
| EGZ762 | 10031006348 | 02/01/2026 | X | NO | 02/01/2026 | X | NO |

## 3. COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

| SERVICIO QUE PRESTA | Transporte Asistencial de baja complejidad | SI | NO | Transporte Asistencial de Mediana Complejidad. | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3.1 El servicio se encuentra habilitado bajo la norma vigente | SI | | NO | |
| 3.2 El vehículo se encuentra registrado en el REPS | SI | | NO | |
| 3.3 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 | Osbeimar Garcia | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profesión/Ocupación | Auxiliar de enfermeria | | | | | | | | |
| Documento de identidad | Cédula | X | Tarjeta de identidad | | Pasaporte | | Cédula extranjeria | | |
| | Permiso especial de permanencia | | | Número documento | 1093532003 | | | | |
| 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 | No aplica | | | |
| 4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE | SI | | NO | | | | | | |

#### 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 | No aplica | | | |
| 4.4 Cuenta con capacitación de TRIAGE | SI | | NO | | | | | | |

### DATOS DEL CONDUCTOR

| Nombre | Jhonny Ramirez | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Documento de identidad | Cédula | X | Tarjeta de identidad | | Pasaporte | | Cédula extranjeria | | |
| | Permiso especial de permanencia | | | Número documento | 6105507 | | | | |
| Licencia de conducción | SI | X | NO | Número | 6105507 | Categoría | | C1 | |
| 4.5 Cuenta con curso certificado en primeros auxilios | SI | X | NO | | 4.6 Cuenta con curso certificado en primer respondiente | | | SI X | NO |

| 5. CONDICIONES MÍNIMAS DEL VEHICULO. | SI | NO |
|---|---|---|
| 5.1 Cuenta con sistemas de alerta de emergencia y luces generales. | X | |
| 5.2 Está el exterior del vehículo limpio y sin daños. | | |
| 5.3 Número de identificación o código asignado del vehículo de emergencia otorgado por la SDS ubicado en: Costados de la carrocería del vehículo, Parte posterior de la carrocería del vehículo. | X | |

| 6. CONDICIONES MÍNIMAS DE BIOSEGURIDAD. | SI | NO |
|---|---|---|
| 6.1. Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente (Un producto para limpieza y otro para desinfección) (Res. 1164/02). | X | |
| 6.2. 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.) | X | |
| 6.3 El tripulante describe en orden, los siguientes pasos para realizar la limpieza y desinfección del habitáculo del paciente. | X | |
| 6.3.1Cuenta con elementos de protección personal necesarios. | X | |
| 6.3.2 Deja ventanas y puertas abiertas para permitir el suficiente intercambio de aire. | X | |
| 6.3.3 Conoce las recomendaciones y lineamientos para el manejo de los materiales usados para el proceso de limpieza y desinfección dados por el fabricante de los productos usados. (ficha técnica). | X | |

| Municipio de Dosquebradas | MACROPROCESO: MISIONAL | | SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | |
| | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | | |
| | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS | VERSIÓN: 01<br>FV: 12/2024 | |

| ACTA No. | | | Página | | de | |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 6.3.4 Realiza limpieza y desinfección de todas las superficies con las que pueden haber entrado en contacto con el paciente, realizando aspersión del producto desinfectante y dejando actuar el tiempo indicado según el producto utilizado. | X | |
| 6.3.5 Conocer la correcta manipulación y limpieza de la ropa sucia. | X | |
| 6.3.6 Contar con ruta sanitaria y almacenamiento de residuos del proceso de limpieza y desinfección. | X | |
| 6.3.7 Cuenta con un área asignada para realizar el proceso de limpieza y desinfección del vehículo (Código de policía 1801 del 2016). | X | |
| 6.4. Cuenta con recipientes para residuos de tapa tipo pedal debidamente rotulados (Res. 1164/02). | X | |
| 6.5. Cuenta con recipiente adecuado para residuos corto punzantes (Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado). | X | |
| 6.6. Cuenta con elementos de protección personal-EPP que se describen a continuación: | | |
| 6.6.1. Cuenta en la ambulancia con recipiente de agua potable de capacidad mínima de 1.0 galón, con jabón líquido para manos y con toallas desechables para secado de manos. | X | |
| 6.6.2. Cuentan con un (1) recipiente de gel antibacterial, mínimo de 300 ml. | X | |
| 6.6.3. Cuenta como mínimo con cuatro (4) sábanas desechables. | X | |
| 6.6.4. Cuenta como mínimo con cuatro (4) gorros o coberturas cefálicas. | X | |
| 6.6.5. Cuenta como mínimo con una (1) caja de mascarilla quirúrgica. | X | |
| 6.6.6. Cada tripulante cuenta con sus propias mono gafas o con careta. | X | |
| 6.6.7. Cuenta como mínimo con cuatro (4) batas de bioseguridad desechables manga larga. | X | |
| 6.6.8. Cuenta como mínimo con una (1) caja de guantes de látex. | X | |
| 6.6.9. Cuentan como mínimo con cuatro (4) máscaras N95. | X | |
| 6.6.10. La tripulación usa ropa en material antifluido (El uso de ropa material antifluido, se encuentra establecido en los lineamientos para traslado de paciente Covid, reflejado por el ministerio de salud y seguridad social.) | X | |
| 6.7 Cuenta con chaleco reflectivo. | X | |
| 6.8 Los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: azul: sistema respiratorio; | X | |
| 6.9 Cuenta con ropa hospitalaria, una cobija. | X | |
| **7. DOTACIÓN: VERIFIQUE QUE LA AMBULANCIA CUENTE CON LOS SIGUIENTES ELEMENTOS EN BUEN ESTADO Y OPERANDO:** | **SI** | **NO** |
| 7.1. Desfibrilador externo automático DEA, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos (verificar fecha de vencimiento de los parches). | X | |
| 7.2 Fonendoscopio adulto y pediátrico | X | |
| 7.3 Tensiómetro adulto y pediátrico. | X | |
| 7.4 Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños). | X | |
| 7.5 Dos (2) torniquetes para control de hemorragias. | X | |
| 7.6 Glucómetro con tirillas. | X | |
| 7.7 Camilla principal con sistema de anclaje y cinturones de seguridad o correas para asegurar el paciente. | X | |
| 7.8 Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente. | X | |
| 7.9 Inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños. | X | |
| 7.10 Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular. | X | |
| 7.11 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. | X | |
| 7.12 Cilindro con Oxígeno medicinal con capacidad de almacenamiento mínimo de tres (3) metros cúbicos con sistema de sujeción al habitáculo del paciente. (Incluye flujómetro). | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| Municipio de Dosquebradas | MACROPROCESO: MISIONAL | | SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL |
| | PROCESO: GESTIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | |
| | SUBPROCESO: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD | | |
| | INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN CONDICIONES DE OPERACIÓN AMBULANCIAS | VERSIÓN: 01<br>FV: 12/2024 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTA No. | | | Página | | de | |

**11. OBSERVACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR.**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Queda copia de la presenta acta diligenciada, en manos del prestador:** | | | | | **SI** | **NO** |
| **Medio de entrega** | **Se envia por correo electrónico** | | **Copia entregada a tripulantes** | | **Foto del formato** | |
| | **Otros** | **Cúal ?** | | | | |
| **Anexos de la presente acta** | | **1** | | | | |
| | | **2** | | | | |
| | | **3** | | | | |
| | | **4** | | | | |
| | | **5** | | | | |

| | |
|---|---|
| **Responsable ambulancia (perfil de salud):** Osbeimar garcia Aux. enfermeria<br>**CC:** 1003532003<br>**Firma:** | **Conductor de la ambulancia:** Jhonny Ramirez<br>**CC:** PPT6105507<br>**Firma:** Jhonny Ramirez |
| **Nombre funcionario SEM Dosquebradas**<br>**CC:** 1088022018<br>**Firma:** | **Nombre funcionario SEM Dosquebradas**<br>**CC:**<br>**Firma:** |
| **Nombre testigo:**<br>**CC:**<br>**Firma:** | **Nombre testigo:**<br>**CC:**<br>**Firma:** |



Scanned with CamScanner