III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Acta de inspección No. MLC07 LFP05 CCC01 Fecha: 08-05-2026 Página 2 de 5

Concepto: Cumple X No cumple ___

Hora inicio verificación: ~~17~~ / 22	**Hora finalización:** ~~18~~ / 1800	**Lugar de la verificación:** Expofuturo								
2. PERSONAL BRIGADISTA										
BRIGADA Nº 3 / **EQUIPO Nº** ___										
Nombre coordinador brigada: Michelle Dahiana Rojas			**RETHUS**	**SÍ** X	**NO**	**SVB**		**SVA** X		
Documento identidad: 1004757190			**Profesión/ocupación:** Aux de enfermeria							
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:			**Primeros auxilios**		**Primer respondiente**		**SVB y/o SVA** X			
Número total de brigadistas: 3			**¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?**					**SÍ** X	**NO**	
Equipo de Bioseguridad para cada uno	**SÍ** X	**NO**	**Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr**					**SÍ** X	**NO**	
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**					**SÍ** X	**NO**	
Radio con baterías cargadas	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.**					**SÍ** X	**NO**	
Identificación visible y reflectiva en la noche	**SÍ** X	**NO**	**Linterna y silbato**					**SÍ** X	**NO**	
BRIGADA Nº ___ / **EQUIPO Nº** ___										
Nombre coordinador brigada:			**RETHUS**	**SÍ**	**NO**	**SVB**		**SVA**		
Documento identidad:			**Profesión/ocupación:**							
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:			**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 para cada uno	**SÍ**	**NO**	**Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr**					**SÍ**	**NO**	
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SÍ**	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**					**SÍ**	**NO**	
Radio con baterías cargadas	**SÍ**	**NO**	**Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.**					**SÍ**	**NO**	
Identificación visible y reflectiva en la noche	**SÍ**	**NO**	**Linterna y silbato**					**SÍ**	**NO**	
OBSERVACIONES:										

Nombre coordinador de las brigadas: Jorge A Carreño **CC:** 1002x 903 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Cristian Camilo Castañeda 1123094508 **CC:** Luisa Fda Tabaco 1088311384 **Firma:** Maria Luisa Loca 1193271775 Maria Luisa

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. MLL07 CCC01 LFPOS **Fecha:** (08-05-2026) **Placa del vehículo:** FLO803 **Página** 3 **de** 5

Hora inicio verificación: 17:22	**Hora finalización:** 18:00
Tipo de evento: Concierto	**Responsable del evento:** Gabriel Garcia
Nombre del evento: Concierto Kapo	**Lugar de la verificación:** Expofuturo

INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS

Razón social: SAE Paramedicos SAS		
Representante legal: Elkin Dario Florez Munera		
Nit: 6600103290	**Teléfono:** 3127831070	**Dirección de la sede:** Mz 36 Casa 41 Corales.

INFORMACIÓN DEL SERVICIO INSTALADO (TAM/TAB)

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

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AMBULANCIA

Nombre: Jhon Didier Loaiza Gonzalez			**Documento de identidad:** 1088277885.		
El conductor cuenta con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:			**Primeros auxilios** X	**Primer respondiente**	**SVB y/o SVA**
Licencia de conducción:	**Sí** X	**No**	**Categoría:** C1		

INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA

Nombre: Juan Diego Jaramillo			**Profesión/Ocupación:** Aux de enfermeria		
Documento de identidad: 1089599665			**RETHUS:**	**SÍ** X	**NO**
SVB (TAB)	**SÍ**	**NO**	**SVA** (TAM)	**SÍ** X	**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 X	NO
¿Cuenta con lámpara de mano con baterías de repuesto? (linterna)	SÍ X	NO
¿Cuenta con manta térmica aluminizada?	SÍ X	NO
¿Cuenta con torniquete de hemorragias?	SÍ X	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 X	NO
¿La camilla central con anclaje funcionando, cinturón de seguridad en buen estado, barandillas con seguro, garantía de apertura y rodamiento?	SÍ X	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 X	NO
¿Cuentan con tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular?	SÍ X	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 X	NO
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	SÍ X	NO
¿Cuenta con recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SÍ X	NO
¿Cuenta con elementos de protección personal EPP: Gafas de bioprotección, guantes desechables, tapabocas, uniforme material anti fluidos, batas y gorros.	SÍ X	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria, mínimo dos sábanas y una cobija?	SÍ X	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 X	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 X	NO
¿Cuenta con chalecos reflectivos?	SÍ X	NO

OBSERVACIONES: El Recurso cumple con los requerimientos

Responsable del servicio: **CC:** 1088597665 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Luisa Fdo Palacio **CC:** Maria luisa Leo 1088311388 **Firma:** 1193271775 Cristian Camilo Castaño Maria luisa 1123079560

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – PUNTO DE PRIMER AUXILIO

Acta de inspección No. HLL07 CC001 LFP05 **Fecha:** (08-05-2026) **Página** 4 **de** 5

Concepto: Cumple X No cumple ___

Hora inicio verificación: 17:22	**Hora finalización:** 18:00	**Lugar de la verificación:** Expofuturo

1.DATOS ENTIDAD

Razón social: SAS Paramedicos SAS		**Representante legal:** Elkin Dario Florez Munera
Nit: 6600103290	**Dirección de la sede:** Mz 36 Cs 41 Corales	**Teléfono:** 3127837070
Tipo de evento: Concierto		**Responsable del evento:** Gabriel Garcia.
Nombre del evento: Concierto Kapo		

2. PERSONAL ASISTENCIAL

Nombre coordinador: Geraldin Ramirez Loaiza	**RETHUS** X		X **SVB/SVA**	
Documento identidad: 1088036093	**SÍ** X	**NO**	**SÍ** X	**NO**
Profesión/ocupación: Aux Enfermera	**Personal de apoyo cuenta con alguno de los siguientes cursos:**			
Número total de personal de apoyo: 1	**Primeros Auxilios**	**Primer respondiente**	X **SVB y/o SVA**	

3. DOTACIÓN E INFRAESTRUCTURA

¿El sitio de atención es seguro?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**	**SÍ** X	**NO**
¿Hay facilidad para el acceso de los vehículos de emergencia?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical adulto y pediátrico (multi-talla)**	**SÍ** X	**NO**
¿El sitio de atención se encuentra debidamente señalizado y es de fácil identificación para los participantes y/o asistentes?	**SÍ** X	**NO**	**Fonendoscopio, tensiómetro, oxímetro y glucómetro.**	**SÍ** X	**NO**
¿El sitio cuenta con adecuada iluminación y ventilación?	**SÍ** X	**NO**	**¿Cuenta con un formato de registro de atención de pacientes?**	**SÍ** X	**NO**
¿Cuenta el sitio con condiciones físicas y sanitarias adecuadas para atención de pacientes (buen aseo, ausencia de plagas, ausencia de escorrentía de aguas)?	**SÍ** X	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con elementos de protección personal EPP (guantes desechables, tapabocas, monogafas?**	**SÍ** X	**NO**
¿El sitio brinda privacidad al paciente?	**SÍ** X	**NO**	**Cuentan con una linterna y un silbato por persona?**	**SÍ** X	**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** X	**NO**	**Todo el personal del punto cuenta con identificación visible y reflectiva** (para eventos nocturnos)	**SÍ** X	**NO**
¿Cuenta con radio con carga completa, batería de repuesto, como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado	**SÍ** X	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con vestimenta en material antifluido?**	**SÍ** X	**NO**

Scanned with CamScanner

exclusivamente y que le permita establecer contacto con brigadas, AMBULANCIA, PMU y Logística? (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)					
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	**SÍ** X	**NO**	**Kit de derrames (fluidos biológicos y derrame de medicamentos) que cuente con:** - Guantes desechables - Tapabocas - Monogafas - Delantal - Pala y recogedor pequeño - Bolsa roja -Paño absorbente -Producto de desinfección - Solidificador de líquidos	**SÍ** X	**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** X	**NO**			
¿Cuenta con ropa hospitalaria suficiente? Mínimo 1 paquete de sábanas y 1 cobija por camilla	**SÍ** X	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 camilla en material de fácil limpieza?	**SÍ** X	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 silla en material de fácil limpieza?	**SÍ** X	**NO**			
Cuenta con botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SI** X	**NO**			
Cuenta con tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y correas	**SI** X	**NO**			

Observaciones: El punto cumple con todos los requerimientos

Nombre coordinador: Dayana Arboleda. **CC:** 1088258900 **Firma:**	**Nombre funcionario SS y SS:** Maria luisa loca **CC:** Luisa Fda Falcon 1193211775 1088311384 Maria luisa Cristina Camelo Castrigada Firma 1125074528

Scanned with CamScanner

Alcaldía de PEREIRA

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple X No cumple ___

Acta de inspección No. MLL07 CCC01 LFP05. Fecha: 08-05-2026 Página 1 de 5

Hora inicio verificación: 17/22	Hora finalización: 18:00	Lugar de la verificación: Expofuturo

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

Razón social: SAE Paramedicos SAS		Representante legal: Elkin Dario Florez
Nit: 6600103290	Dirección de la sede: Mz 36 Cs 4L Cordoba	Teléfono: 3127831070
Tipo de evento: Concierto		Responsable del evento: Gabriel Garcia
Nombre del evento: Concierto de Kapo	Total brigadas instaladas: 3	Total brigadistas instalados: 9

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 1 / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Joan Pablo Quinto	RETHUS	SÍ X	NO	SVB X	SVA X	
Documento identidad: 1004779039	Profesión/ocupación: Aux. de enfermeria					
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:	Primeros auxilios	Primer respondiente	SVB y/o SVA X			
Número total de brigadistas: 3	¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?			SÍ X	NO	
Equipo de Bioseguridad para cada uno	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr		SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades		SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.		SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato		SÍ X	NO

BRIGADA Nº 2 / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Viviana Henao Duque	RETHUS	SÍ X	NO	SVB	SVA X	
Documento identidad: 1089746623	Profesión/ocupación: Aux de enfermeria					
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en: 3	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 para cada uno	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr		SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades		SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.		SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato		SÍ X	NO

OBSERVACIONES: Los recursos cumplen con los requerimientos

Nombre coordinador de las brigadas: Jorge A. Calderon CC: 1007358208 Firma:	Nombre funcionario SSP y SS: Cristian Camilo Castaneda CC: Luisa Fda Palacio 1088311384 Firma:

Maria luisa loca
1193271775
Maria luisa

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1 Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

ACTA DE ENTREGA DE VERIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD A PMU/RERENTE DE DIGER

Acta No. MLL07 LFP01 CCC01 **Página** 5 **de** 5

Fecha: 08-05-2026	**Hora:** 18:22.
NOMBRE DEL EVENTO: Concierto Kapo.	
Responsable del evento: Gabriel Garcia.	
Lugar de la verificación: Expofuturo	

Una vez revisado el Plan de Atención en Salud para el evento descrito, la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira puede determinar que:

El operador del Plan de Atención en Salud instala los recursos en el sitio del evento a las: 17:00 **horas.**
La Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira pudo iniciar la verificación del Plan de Atención en Salud a las: 17:00 **horas,** una vez los recursos en salud estuvieron listos para ser revisados.

El servicio de Transporte Especial de Pacientes **Cumple** X **No cumple** _____ **No APLICA** _____ con los requerimientos establecidos por la normatividad vigente y son acordes al Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El servicio de Atención Prehospitalaria (incluye MEC) **Cumple**_____ **No cumple** _____ **No APLICA** X con los requerimientos establecidos por la normatividad vigente y son acordes al Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El servicio de Primer Auxilio (Brigadas/Equipos) **Cumple** X **No cumple** _____ **No APLICA** _____ con los requerimientos establecidos en el Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El Punto de Primer Auxilio **Cumple** X **No cumple** _____ **No APLICA** _____ con los requerimientos establecidos en el Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

La Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira notificó el evento al CRUE el día anterior al evento por tal razón, cuando se presente una emergencia en la cual se requiera remitir pacientes a centros asistenciales se deberá notificar al CRUE y solicitar la asignación del servicio de urgencias al cual debe dirigirse. Los centros asistenciales más cercanos al lugar del evento son:

Hospital San Joquin	Urgencias BAJA complejidad
Clinica Central del Eje	Urgencias MEDIA complejidad
Hospital San Jorge	Urgencias ALTA complejidad

Observaciones:

Nota: La presente acta hace parte integral del acta de verificación y/o instalación del PMU para el evento.

Coordinador Plan Atención en Salud: JORGE A. CARDENAS	**Funcionario SSP y SS:** Maria luisa loza Luisa Fdo Palacios
CC: 10.225.808	**CC:** 1088321084 Maria luisa
Firma:	**Firma:**