



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA AMBULANCIAS

En _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____
20_____, en cumplimiento a la orden de visita de verificación número _____
de fecha ____ de _____ del 20____, emitida por _____
en su carácter de _____ el (los)

Verificador(es) _____ adscrito(s) a la
Coordinación de Protección Contra Riesgos Sanitarios zona _____ de la Dirección de Protección
Contra Riesgos Sanitarios quien (es) se identifica(n) con credencial(es)
número(s) _____ con fotografía,
vigente(s) al _____ expedida(s) el _____, por el
_____ en su carácter de _____

que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s)
con fundamento en los Artículos 11 fracción IV punto IV.2, 15, 16 fracción I, 33 fracciones II, VI, VII, X, XVIII, XIX, XXIII,
XXVI, 34 fracción II, 36 párrafo primero fracciones I, II, VI, XII, XIII, XV, XVI, XVII y XVIII del Reglamento Interior de los
Servicios Estatales de Salud publicado, en el periódico oficial del Estado de Quintana Roo el día 10 de agosto de 2022, bajo
el tomo II, número 131 extraordinario de la Novena Época y 396, 399, 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud.

Constituido(s) en el establecimiento denominado _____,
con RFC _____, ubicado en la calle de _____,
_____ número _____, Colonia _____,
Demarcación Territorial o Municipio _____, Código Postal _____,
correo electrónico _____, teléfono, _____,

circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del
propietario, representante legal, responsable, encargado u ocupante que atiende la visita, dijo llamarse
_____ y se identifica
con _____, con domicilio en _____
y manifiesta ser el _____

del establecimiento, quien recibe original de la presente orden, con firma autógrafa
en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite, en términos del artículo 399 de La Ley General de Salud, se
le exhorta para que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en dicha(s) credencial(es) concuerda(n)
con los rasgos fisonómicos del(los) que actúa(n). Acto seguido se le hace saber el derecho que tiene para
nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s)
verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del C _____,

quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el C. _____ quien se identifica
con _____, con domicilio en _____ y el C. _____
quien se identifica con _____ domicilio en _____.

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, en presencia de los
testigos se le hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

Objeto y alcance de la orden de verificación sanitaria (Transcribir)

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros en blanco que conforman la columna denominada "Valor", de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
----------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------------

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Nombre del Propietario o Representante Legal del Establecimiento: _____ (Precisar si es el Propietario o el Representante Legal)

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: _____

Actividad o giro del establecimiento _____

Tipo de establecimiento: Público _____ Social _____ Privado _____

Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros). _____

Días laborales: L M M J V S D.

Horario de labores: de _____ a _____ h. Turnos: _____

Número total de empleados: _____

Número de empleados en área de servicio _____

La ambulancia a verificar es Terrestre, Marítima o Aérea: _____

La ambulancia a verificar es de Traslado, Urgencias Básicas, Urgencias Avanzadas o de Cuidados Intensivos: _____

Precisar el número económico o número o clave de identificación de la ambulancia: _____

PUNTO A VERIFICAR	Valor
I. Disposiciones Generales. Ambulancias	
1. Cuenta con Aviso de Funcionamiento por cada ambulancia y de Responsable Sanitario de Ambulancia.	



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

<p>2. Cuentan con un rótulo en donde se especifique la institución a la que pertenecen o razón social y el número económico de la unidad, en material reflejante y en color contrastante con el vehículo, ubicado en los costados y en la parte posterior de la unidad, con caracteres de tamaño no menor a 8 centímetros y en el toldo del vehículo con caracteres de tamaño no menor a 40 centímetros.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>3. Cuentan con protocolos escritos, avalados y firmados por la autoridad médica o el responsable sanitario del servicio de ambulancias.</p>	
<p>4. El personal que presta servicios de salud a bordo de una ambulancia ha recibido capacitación periódica atendiendo al tipo y nivel resolutivo de la prestación de servicios.</p>	
<p>5. El vehículo recibe mantenimiento periódico de acuerdo a los lineamientos establecidos por las autoridades correspondientes o del fabricante de la unidad.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>6. Porta al frente, en los costados y en la parte posterior la leyenda "AMBULANCIA".</p>	
<p>7. Se especifica en los costados el tipo de ambulancia de que se trate: Traslado, urgencias básicas o avanzadas o cuidados intensivos</p>	
<p>8. El compartimento para el paciente cuenta con vidrios que impidan la visibilidad desde el exterior (polarizados, entintados, esmerillados, opacos u otros).</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9. Existe evidencia documental sobre la coordinación logística y operativa de la ambulancia con el Centro Regulador de Urgencias Médicas(CRUM)</p>	
<p>10. Existen registros o evidencia documental que avale el mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos en ambulancias.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>11. Los medicamentos que se encuentran en las ambulancias tienen registro sanitario y fecha de caducidad vigente.</p>	
<p>II. Ambulancias Terrestres. Traslado, Urgencias Básicas O Avanzadas y de Cuidados Intensivos</p>	
<p>12. Cuentan con sistema de iluminación de advertencia, a base de lámparas que emitan luces rojas y blancas de manera intermitente sobre el toldo, con proyección de luces de 360 grados y visibles a una distancia de 150 metros.</p>	
<p>13. Cuentan con una sirena que genera sonidos entre 120 y 130 decibeles en promedio,</p>	
<p>14. Cuentan con un compartimento de atención que da cabida al menos a un paciente en carro camilla, y al personal responsable de la atención y que pueda estar sentado.</p>	
<p>15. En caso de ser ambulancias de urgencias o de cuidados intensivos, el compartimento de atención del paciente cuenta como mínimo con 1.60 metros de altura, 1.90 metros de</p>	



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

ancho y 2.50 metros de largo.

16. En caso de ser ambulancias de traslado, el compartimiento de atención cuenta como mínimo con 1.35 metros de altura, 1.50 metros de ancho y 2.00 metros de largo.

17. El compartimiento de atención cuenta con un sistema de iluminación con suficiente intensidad

III. Recursos Físicos y Equipamiento De Ambulancias Terrestres De Traslado, Urgencias Básicas, Urgencias Avanzadas, Cuidados Intensivos, Aéreas y Marítimas

18. Cumple con los recursos físicos, equipamiento, suministros y medicamentos, señalados en el Apéndice Normativo A de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

IV. Recursos Físicos y Equipamiento de Ambulancias Terrestres De Urgencias Básicas, Urgencias Avanzadas, Cuidados Intensivos, Aéreas y Marítimas

19. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones señalados en el Apéndice Normativo B de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

V. Recursos Físicos y Equipamiento de Ambulancias Terrestres de Urgencias Avanzadas, Cuidados Intensivos, Aéreas y Marítimas

20. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones, señalados en el Apéndice Normativo C de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

VI. Recursos Físicos y Equipamiento de Ambulancias Terrestres de Cuidados Intensivos

21. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones, señalados en el Apéndice Normativo D de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

VII. Recursos Físicos y Equipamiento de Ambulancias Aéreas

22. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones, señalados en el Apéndice Normativo E de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención Médica prehospitalaria.

VIII. Recursos Físicos y Equipamiento de Ambulancias Marítimas

23. Cumple con los recursos físicos de apoyo, equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones, señalados en el Apéndice Normativo F de la NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención Médica prehospitalaria.

IX. Personal. En Ambulancias de Traslado

24. Cuentan con un operador de ambulancia TAMP (Técnico en Atención Médica Prehospitalaria), que demuestra documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de conducción de vehículos para traslado de pacientes ambulatorios, y en su caso, un copiloto TAMP.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

X. Personal en Ambulancias de Urgencias Básicas o Avanzadas	
25. Cuentan con un operador de ambulancia y al menos un copiloto, ambos TAMP, capacitados de acuerdo con la capacidad operativa de la ambulancia.	
XI. Personal en Ambulancias de Cuidados Intensivos	
26. Cuentan con documentos avalados por las autoridades educativas competentes que demuestren que tanto el operador de la ambulancia TAMP y al menos un TAMP adicional, se encuentran capacitados en el manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos.	
27. Cuentan con un médico capacitado en atención médica prehospitalaria y manejo de pacientes en estado crítico que requieran cuidados intensivos.	
XII. Personal en Ambulancias Aéreas	
28. Cuentan con un TAMP o personal de enfermería, capacitado en atención médica prehospitalaria, en medicina aeroespacial y de interacción con la nave.	
29. En el caso que se proporcione servicio de cuidados intensivos, cuentan con un médico que demuestre documentalmente haber acreditado satisfactoriamente cursos de manejo del paciente en estado crítico además tener conocimientos de medicina aeroespacial e interacción con la nave.	
XIII. Personal en Ambulancias Marítimas	
30. Cuentan con un operador de ambulancia TAMP, autorizado para realizar operaciones marítimas.	
31. Cuentan con un TAMP o personal de enfermería con capacitación en atención médica prehospitalaria con cursos de salvamento acuático documentados.	
XIV. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	
32. En la ambulancia se separan y envasan los residuos peligrosos biológicos infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos.	
33. En la unidad responsable de la ambulancia se separan y envasan los residuos peligrosos biológicos infecciosos, provenientes de la ambulancia, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos y además se cuenta con almacén temporal para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, separado de las diferentes áreas del establecimiento, se encuentra techado, cuenta con señalamientos o letreros alusivos a la naturaleza de los residuos y sin riesgos de inundación e ingreso de animales	
34. En la unidad responsable de la ambulancia se cuenta con contrato con empresa recolectora de R.P.B.I. vigente, así como de los manifiestos de recolección.	

OBSERVACIONES GENERALES



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Medidas de Seguridad Sanitaria	(Marque con una X en SI o NO)	
1. Se aplica medida de seguridad sanitaria	SI	NO
2. Aseguramiento de productos u objetos	SI	NO
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento utilizados:		
3. Suspensión de trabajos o servicios	SI	NO
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión utilizados:		
4. Reubicación de sellos de aseguramiento y/o suspensión	SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):		
5. Se retira y/o levanta la medida de seguridad sanitaria aplicada	SI	NO
5.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento retirados.		
5.2 Precisar las acciones realizadas con los sellos de aseguramiento retirados.		
5.3 Número de folio de los sellos de suspensión retirados.		
5.4 Precisar las acciones realizadas con los sellos de suspensión retirados.		

Anexos	(Marque con una X en SI o NO)	
A. Se anexa documentación	SI	NO
A.1 Número de anexos:		
A.2 Describir anexos:		

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga con relación a los hechos contenidos en la presente acta de verificación sanitaria con fundamento en el artículo 401 fracción IV de la Ley General de Salud; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días a partir del día siguiente de la presente diligencia, con fundamento en el artículo 68 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo de aplicación supletoria.

En uso de la palabra el C.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

_____ hace constar que recibe original de la orden de verificación sanitaria, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta de verificación sanitaria y que identificó plenamente al(los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente:

Autorización de notificaciones electrónicas

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la(s) dirección(es) de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución, sanción o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente visita de verificación sanitaria con número de acta _____; por lo que deberé revisarlos de manera permanente, mantenerlo(s) con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir los mensajes y documentos; así como en revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta Autoridad Sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

Firma y nombre completo _____
Identificación (Tipo y Número) _____

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

En caso de no otorgar su autorización para facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, a través de notificaciones electrónicas, se hace de su conocimiento que el apoderado o representante legal podrá solicitarlo en cualquier otro momento.

Previa lectura del acta de verificación sanitaria ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurrir los falsos declarantes ante la autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____, mes _____, de 20_____, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en _____ hojas en poder del C. _____

INTERESADO

TESTIGO

TESTIGO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



QUINTANA ROO
UNIDOS PARA TRANSFORMAR

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma