



## REQUISITOS PARA HABILITAR AMBULANCIA

1. NOMBRE DE LA INSTITUCION.
2. TIPO DE AMBULANCIA: TAB O TAM.
3. PLACA.
4. MARCA.
5. MODELO.
6. AUTOEVALUACION DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003/2014. (EN MEDIO MAGNETICO)
7. FORMULARIO ORIGINAL Y COPIA DE NOVEDAD DE CAPACIDAD INSTALADA REALIZADO ANTE EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO.
8. FICHA TÉCNICA DE LA AMBULANCIA.
9. DESCRIPCION TÉCNICA DEL VEHICULO.
10. LISTADO DE VERIFICACION DE LA DOTACIÓN (EQUIPOS) BÁSICA DE LA AMBULANCIA.
11. COPIA DE LA LICENCIA DE TRANSITO OTORGADO A LA AMBULANCIA.
12. COPIA DE LA POLIZA DE SEGUROS TERCEROS (SOAT) CON FECHA DE VIGENCIA.
13. COPIA DE LA POLIZA CONTRA TODO RIESGO.
14. HOJA DE VIDA DEL PERSONAL QUE VA A ESTAR EN LA AMBULANCIA.
15. LISTADO DE LOS INSUMOS.
16. CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS
17. HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS MEDICOS.
18. CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS.
19. HOJA DE VIDA DEL ING BIOMEDICO.
20. REGISTRO INVIMA DEL ING BIOMEDICO.
21. SI LA AMBULANCIA TIENE DE COMPRADA MAS DE UN AÑO NECESITA EL CERTIFICADO DE LA REVISION TECNOMECANICA (RESOLUCIÓN 2003).
22. SI ES AMBULANCIA PARA EL SECTOR PRIVADO NECESITAMOS LOS CONTRATOS QUE VA A TENER LA AMBULANCIA.
23. FOTOCOPIA CEDULA DE CUIDADANIA REPRESENTANTE LEGAL.
24. CAMARA DE COMERCIO EN ORIGINAL CON FECHA DE EXPEDICION NO MAYOR A 30 DIAS PARA IPS PRIVADAS CON ANIMO DE LUCRO.
25. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA DEL DIRECTOR/GERENTE O RESPONSABLE DEL SERVICIO DE SALUD
26. FOTOCOPIA DEL RUT
27. SOLICITUD A CRUE DE CARNET Y ESLOGAN MISIÓN MÉDICA