**FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES**

VERSIÓN

4 Versión

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

PÁGINA

Página 1 de 1

**ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ASOCIACION DE USUARIOS****(DICIEMBRE, 2022)**

FECHA: 28/12/2022

HORA: 9:30 A.M.

LUGAR: Sala de Espera Sede 1

**PARTICIPANTES:**

SECRETARIO (A): Dagoberto Flor Espinosa

PSICOLOGA: Madeili Gutiérrez Muñoz

**INVITADOS:**

Blanca Cecilia López Hernández – Líder del Servicio de Quimioterapia

**ORDEN DEL DÍA:**

1. Llamado a lista y verificación del quórum
2. Aprobación del acta anterior
3. Socialización "Programa De Seguridad Del Paciente"
4. Compromisos

**DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA:****1. Llamado a Lista y Verificación del Quórum.**

Se da inicio a la reunión de forma presencial en las instalaciones de la Unidad Oncológica Surcolombiana S.A.S./ sala de espera sede 1, siendo las 9:30 a.m. se hace llamado a lista, se encuentra el señor Dagoberto Flor Espinosa – secretario y la invitada a la reunión Blanca Cecilia López Hernández – Líder del Servicio de Quimioterapia.

**2. Lectura del Acta Anterior.**

Lectura del acta correspondiente, aprobada y firmada por los integrantes que asistieron al comité.

AJUSTADO POR:

Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

REVISADO POR:

Chrystiam José Fernández Bahamón  
Director médico

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela  
Gerente



## FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES

VERSIÓN

4 Versión

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

PÁGINA

Página 2 de 1

### 3. Socialización del “Programa De Seguridad Del Paciente”

Se realiza socialización del tema “Programa De Seguridad Del Paciente” por parte de la Líder del Servicio de Quimioterapia, Blanca Cecilia López Hernández, quien inicia su intervención indicando que La política de Seguridad del Paciente en la UNIDAD ONCOLOGICA SURCOLOMBIANA S.A.S. comprende el conjunto de prácticas institucionales que aseguran la vigilancia, custodia, protección y cuidado del paciente para reducir y prevenir la ocurrencia de riesgos evitables y mitigar los efectos derivados de la atención en salud que afecten la integridad personal garantizando la prestación de servicios más seguros

La política de seguridad tiene los siguientes propósitos:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente
- Identificación de eventos adversos, captación, consolidación análisis y mejoramiento.

Refiere que toda la institución está comprometida con la seguridad del paciente, para lo cual se identifican los riesgos, y se determinan barreras y prácticas de seguridad. Aclara la definición de evento adverso, indicando que es la lesión o daño que se genere de forma involuntaria al paciente durante la prestación de un servicio, expresa que pueden ser clasificados como prevenible y no prevenibles, también explica el termino incidente, el cual es el evento que no genera daños, pero se convierten en alertas para fortalecer la seguridad del paciente.

Explica que cuando se presenta un evento se atiende la situación del paciente, se realiza el análisis de lo ocurrido, para lo cual se utiliza el Protocolo de Londres, donde se identifican las causas, con la asistencia de los participantes del evento, se establece un plan de acción y se define como evento adverso o no y que tipo de evento. Indica que la Unidad cuenta con un Comité de Seguridad del Paciente, donde se realiza seguimiento a las acciones y su cumplimiento, se socializan las rondas de seguridad, la cual es en una estrategia del programa que permite verificar el cumplimiento de los requerimientos de calidad, en relación con las condiciones de limpieza y desinfección, estado de las instalaciones, cumplimiento de las normas de bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos, entre otros, también se socializan los minutos breves de seguridad y los análisis de los casos presentados.

### 4. Compromisos.

Realizar reunión correspondiente al mes de enero.

AJUSTADO POR:

Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

REVISADO POR:

Chrystiam José Fernández Bahamón  
Director médico

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela  
Gerente

**FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES**

VERSIÓN

4 Versión

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

PÁGINA

Página 3 de 1

FIRMAS: (Asistentes)

Nombre	Cargo	Firma
DAGOBERTO FLOR ESPINOSA	Secretario Comité Asociación de Usuarios	
MADEILI GUTIERREZ MUÑOZ	Psicóloga Clínica	
BLANCA CECILIA LÓPEZ HERNÁNDEZ	Líder del Servicio de Quimioterapia	

Acta diligenciada por: Madeili Gutiérrez Muñoz (Psicóloga Clínica)

AJUSTADO POR:

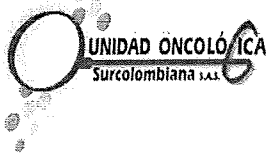
Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

REVISADO POR:

Chrystiam José Fernández Bahamón  
Director médico

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela  
Gerente



**FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA - PACIENTES**

VERSIÓN

3 VERSIÓN

CÓDIGO: SGC-POA-FTO 174  
 FECHA ELABORACIÓN: 17/10/2014  
 FECHA DE REVISIÓN: 16/10/2020

PÁGINA

Página 1 de 1

FECHA: 28-12-2022 HORA: 9:30 am.  
 LUGAR: Sala de espera sede 1 ASISTENCIA A: Reunión.

TEMA (S)

Programa de Seguridad del Paciente.

OBJETIVO (S)

Brindar información a la asociación de usuarios y pacientes sobre seguridad del Paciente

METODOLOGÍA

Expositiva - Participativa.

Madelin Gomez Muñoz - Psicóloga Clínica,

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE Y CARGO

NO.	NOMBRE	TIPO			NO. DE IDENTIFICACIÓN	OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS
		PACIENTE	FAMILIAR	OTRO		
1	ANAY PAOLA NIETO A	X			1075308876	
2	ANAY PAOLA NIETO A	X			65969115	
3	Pablo Castro	X			337126	
4	Maria Obdulia Pajon	X			25464443	
5	Nidia Peron	X	X		36114643	
6	Auby Pineda Tizada		X		36183183	
7	Dorly Hernandez	X			55113243	
8	Luzelina Vasquez	X			55112120	
9	Jenayareth Torres		X		36302964	
10	Aurelia Vargas Q.	X			36165961	
11						
12						

AJUSTADO POR:

Luz Alejandra Lasso Moreno  
 Líder de Recursos Humanos

REVISADO POR:

Blanca Cecilia López Hernández  
 Líder de servicios ambulatorios

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela  
 Gerente