	FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN	4 VERSION
	CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012 FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012 FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018	PÁGINA	Página 1 de 3

**ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ASOCIACION DE USUARIOS
(DICIEMBRE 2021)**

FECHA: Neiva, 16 de diciembre de 2021
 HORA: 3:00 am
 LUGAR: Virtual/Vía Meet

PARTICIPANTES:

PRESIDENTE: Dagoberto Flor Espinosa.
SECRETARIA: Mónica Llanos Galindo.
LIDER RECURSOS HUMANOS: María Angelica Vargas García.

INVITADOS:

DIRECORA DE CALIDAD: Yina Marcela Ortega

ORDEN DEL DIA:

1. Llamado a lista y verificación del quórum.
2. Aprobación del acta anterior.
3. Socialización "Programa de Seguridad del Paciente"
4. Proposiciones y varios
5. Decisiones y compromisos

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA:

1. Llamado a Lista y Verificación del Quórum.


Se hace llamado a lista encontrando Quorum para el comité asociación de usuarios, como dice el acta de conformación, cumpliendo con lo establecido.

2. Lectura del Acta Anterior.

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

3. Socialización.

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 VERSION
	CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012 FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012 FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018	PÁGINA	Página 2 de 3

Se realiza socialización de el “Programa de Seguridad del Paciente” la jefe Yina Marcela Ortega. Inicia su intervención:

informando generalidades del programa de seguridad de paciente, indica que en el año 2008 inicio el Colombia y en el 2014 se determinaron las condiciones específicas para las instituciones de salud, refiere que en la Unidad se cuenta con la política de seguridad del paciente, cuyo propósito es continuar una cultura de seguridad del paciente, no punitiva, reducir el número de incidentes y eventos adversos, capacitar, motivar al talento humano para la seguridad del paciente generar un entorno seguro, identificar, captar y analizar los eventos adversos para el mejoramiento; Esta política está relacionada con la política de calidad, la cual se encuentra publicada, en cuyo compromiso esta la atención humanizada y seguro, lo cual aporta a la seguridad del paciente.


Explica que la Unidad cuenta con certificación en norma ISO, la cual es voluntaria para las empresas que estén dispuestas a cumplir requisitos aplicables de calidad, se cuenta desde el año 2013 con versión 2008 y actualmente se cuenta con la versión 2015, informa que la central de mezclas también cuenta con la certificación de buenas prácticas de elaboración otorgada por el INVIMA.

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.

Refiere que se cuenta con la estrategia IEC (Información, Educación y comunicación) con el propósito de fortalecer la educación a los paciente y acompañantes, donde se utilizan distintas herramientas como videos educativos, además se aplica la encuesta IEC para identificar falencias y generar acciones para fortalecerlas, también se cuenta con el boletín de seguridad del paciente, el cual se encuentra publicado en la página Web de la Unidad. Expresa que anualmente se aplica la encuesta de seguridad con el fin de medir la cultura de seguridad del paciente.

AJUSTADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Yina Marcela Ortega Peña Directora de Calidad	Chrystiam José Fernández Bahamón Director médico	Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela Gerente

	FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES	VERSIÓN	4 VERSION
	CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012 FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012 FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018	PÁGINA	Página 3 de 3

4. Proposiciones varias.

Los integrantes del comité manifiestan que la intervención realizada es de importante conocimiento para los usuarios de la unidad.

4. Decisiones y compromisos.

Realizar reunión correspondiente al mes de enero 2022.

FIRMAS (Asistentes)

Nombre	Cargo	Firma
DAGOBERTO FLOR ESPINOSA	Presidente Comité Asociación de Usuarios	<i>Via Meet</i>
MÓNICA LLANOS GALINDO	Secretaria Comité Asociación de Usuarios	<i>Via Meet</i>
YINA MARCELA ORTEGA	Directora de calidad	<i>Via Meet</i>
MARÍA ANGELICA VARGAS GARCÍA	Líder de Recursos Humanos	<i>Via Meet</i>

Acta diligenciada por: María Angelica Vargas García (Líder de Recursos Humanos)

AJUSTADO POR: Yina Marcela Ortega Peña Directora de Calidad	REVISADO POR: Chrystiam José Fernández Bahamón Director médico	APROBADO POR: Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela Gerente
--	---	---