

	<b>FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES</b>		<b>VERSIÓN</b>	4 Versión
	CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012 FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012 FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018		<b>PÁGINA</b>	Página 1 de 2

**ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ASOCIACION DE USUARIOS  
(DICIEMBRE 2020)**

FECHA: 15/12/2020

HORA: 11:00 Am

LUGAR: Virtual-Meet

**PARTICIPANTES:**

Dagoberto Flor Espinosa, Presidente Asociación de Usurarios  
 Alejandra Lasso, Líder de Recursos Humanos  
 Mónica Lisset Llanos Galindo, secretaria

**INVITADOS:**

Yina Marcela Ortega, Directora de Calidad

**ORDEN DEL DÍA:**

1. Llamado a lista y verificación de Quorum
2. Lectura del acta anterior.
3. 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 por medio de la plataforma Meet a las 11:00 Am, se hace llamado a lista, se encuentra presente la señora Mónica Lisset Llanos, secretaria de la asociación y el invitado, la jefe Yina Marcela Ortega, El señor Dagoberto Flor no asiste a la reunión.
2. Aprobación del acta anterior: Se da lectura del acta anterior la cual es aprobada por los asistentes.
3. Se da inicio a la socialización Programa de seguridad del paciente

La jefe Yina inicia su intervención:

Inicia 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 contintuir 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

<b>AJUSTADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
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 Versión**CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018**PÁGINA****Página 2 de 2**

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 esta comprometida con la seguridad del paciente, para lo cual se identifican los riesgos, y se determinan barreras y practicas 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 pagina Web de la Unidad. Expresa que anualmente se aplica la encuesta de seguridad con el fin de medir la cultura de seguridad del paciente.

4.No se generan compromiso en la reunión anterior.

**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 2

Nombre	Cargo	Firma
Mónica Lisset Llanos Galindo	Secretaria	Video conferencia-Meet
Alejandra Lasso	Líder de Recursos Humanos	<i>Alejandra Lasso M</i>
Yina Marcela Ortega	Directora de Calidad	Video conferencia-Meet

AJUSTADO POR:

Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

REVISADO POR:

Chrystiam José Fernández Bahamón  
Director médico

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela  
Gerente

11  
12  
13  
14  
15

(

(