

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>PROCESO</b>	<b>TEMA</b>	<b>Fecha</b>	16/06/2023
COMITÉ DE ETICA	REUNION MESUAL	<b>Hora Inicio:</b>	04:00 p.m.
		<b>Hora Fin:</b>	05:00: p.m.
		<b>Tiempo:</b>	1 HORA
		<b>Lugar:</b>	IPS LIBERTADOR

## PARTICIPANTES

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN	ASISTENTES	AUSENTES
GREICY BRITO CAICEDO	GILMAR BARROS KERLIS MENDOZA	SHEILA NORIEGA OSERIS GUTIERRES

## AGENDA

1	Verificación de Quorum	3	Informe eventos adversos presentados durante el año 2023
2	PRQS del mes de mayo 2023	4	

## DESARROLLO

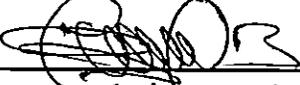
- 1- Se realiza verificación del quorum, en esta oportunidad no contamos con la asistencia de los dos representantes de la alianza de usuarios quienes por motivos personales se excusaron; tenemos cumplimiento de quorum por lo que se da la bienvenida e inicio de la reunión.
- 2- Damos inicio a la reunión leyendo la programación de la misma.
- 3- Procedemos a presentar el informe de los PQRS del mes de mayo; se presentaron 5 PQRS de las cuales 1 es reclamo y 4 son quejas: 2 del programa crecer sano y 3 del área de consulta externa; dichos PQRS se presentaron en los municipios de Barrancas, San Juan del Cesar y Riohacha, así mismo es importante resaltar que estos tuvieron trámite y respuesta dentro del tiempo correspondiente logrando la satisfacción de los usuarios.
- 4- Se presenta reporte de eventos adversos de lo que va corrido del año donde podemos conocer que solo se ha presentado 1 el cual fue en consulta externa- asignación de citas por inadecuada identificación de paciente en el mes de febrero; dicho evento tiene el estudio pertinente y los correctivos necesarios para evitar nuevos riesgos en el área.

## COMPROMISOS

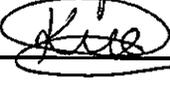
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
Informe de las PQRS del mes de junio de 2023	Greicy Brito Caicedo	
Informe de satisfacción segundo trimestre 2023	Greicy Brito Caicedo	

FIRMAS

NOMBRE: Gilmar Barros C  
CARGO: MEDICO GENERAL

FIRMA 

NOMBRE: Terlen Mendez  
CARGO: Enfermera

FIRMA 

NOMBRE:  
CARGO:

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE: Greicy Brito Caiçara  
CARGO: Representante SIAU

FIRMA 

NOMBRE:  
CARGO:

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE:  
CARGO:

FIRMA \_\_\_\_\_