**COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL CICASEP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos.** |  | **CLUES (En caso de Aplicar):** |  |
| **Fecha de Sesión** |  | **Minuta No.** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan de acción / % de cumplimiento** | | | | | | | | | | |
| **No.**  **Acuerdo** | **Acuerdo** | **Actividad** | | **Responsable** | **Programación**  **dd/mm/aa** | **Cumplimiento**  **dd/mm/aa** | | **Resultados obtenidos** | | **Observaciones** |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
| **Difusión de acuerdos, actividades y resultados** | | | | | | | | | | |
| **Área** | | | **Forma de difusión** | | | | **Responsable de difusión** | | **Fecha** | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |
|  | | |  | | | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Elaboró | Aprobó |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Secretariado Técnico | Presidencia del Comité |