

Anexo 11.9

**COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUPERVISIÓN A NIVEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

SES/COCASEP/2022

Datos generales de identificación

Estado: Delegación o Jurisdicción:

Municipio o Delegación: Localidad:

Nombre del Establecimiento de Salud:

CLUES: Número de Núcleos Básicos (solo para primer nivel de atención):

Área: Rural Urbana Fecha de supervisión:

Nombre del Responsable Estatal de Calidad:

Nombre del Responsable Estatal o Jurisdiccional de COCASEP:

Nombre de Responsable del Establecimiento de Salud:

Nombre del Gestor de Calidad:

1. Conocimiento general del proyecto COCASEP	Sí	No
1.1. ¿El Establecimiento de Salud cuenta con el Acta de Instalación del COCASEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. ¿El Acta se encuentra actualizada? Evidencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. ¿Cuántos Profesionales de la Salud integran el COCASEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. ¿Se ha capacitado a los integrantes del COCASEP sobre la operatividad del mismo? Evidencias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





2. Evidencias de seguimiento del COCASEP	Sí	No
2.1 ¿Se cuenta con una calendarización de Sesiones de los COCASEP y otros subcomités? Comprobar el cumplimiento de las sesiones		
2.2 ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del COCASEP? Evidencias:		
2.3 ¿Se verifica el contenido de las minutas de sesiones, con temas en base al Plan de Mejora Continua?		
2.4 ¿Se verifican los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos que contribuyen a establecer acciones concretas y dirigidas con el objetivo de buscar la calidad y la seguridad del paciente?		
2.5 ¿Se verifican las acciones de mejora que, como resultado de las iniciativas analizadas en el seno del COCASEP, hayan impactado en la mejora de la calidad y seguridad del paciente? Evidencias:		
2.6 ¿Se verifica la existencia del Plan de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP?		
2.7 ¿Se verifica la existencia de la Memoria Anual del COCASEP?		

3. Fortalezas detectadas en la supervisión	4. Oportunidades detectadas en la supervisión

5. Compromiso adquiridos por la unidad para mejorar el funcionamiento del programa de COCASEP



6. Observaciones (comentarios, recomendaciones y felicitaciones)

Nombre y firma del Responsable Estatal
de Calidad

Nombre y firma del Responsable Estatal
de COCASEP

Nombre y firma del Responsable del
Establecimiento de Salud

Nombre y firma del Gestor de Calidad

Nombre y firma del Representante a
Nivel Federal

Nombre y firma del Representante a
Nivel Federal

