

{}

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - PROFESIONAL INDEPENDIENTE**

**FORMATO 4**

**INDICACIÓN DE DILIGENCIAMIENTO:** El presente formato debe ser diligenciado y firmado exclusivamente por el Profesional Independiente que habilita el servicio. En el formato se deben registrar las acciones de mejora que el profesional independiente va a implementar para evitar que se presenten cada uno de los eventos adversos o incidentes priorizados.

| **CAUSAS** | **ACCIÓN DE MEJORA** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Finalización** | **Fecha de Seguimiento** | **Resultado del Seguimiento (Se cumplió, atrasada, no iniciada)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

En constancia de lo anterior firma:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA**