

## ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

### PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC INFOME FINAL SEGUIMIENTO PAMEC



*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

**DICIEMBRE 2016**

## 1. INTRODUCCION

En busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2016, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2016, donde se presenta un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

## 2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se reúnen como mínimo una vez al mes para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo.

Teniendo en cuenta el Manual PAMEC CA-M-12, se socializó inicialmente en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento, realizando seguimiento al cumplimiento de éstas, por parte de la oficina de calidad trimestralmente.

## 3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2016

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 46 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2016.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES
Cliente asistencial	11
Direccionamiento	2
Gerencia	6
Talento humano	5
Ambiente físico	7
Gestión de la tecnología	7
Gerencia de la información	5
Mejoramiento de la calidad	3
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

## 4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2016

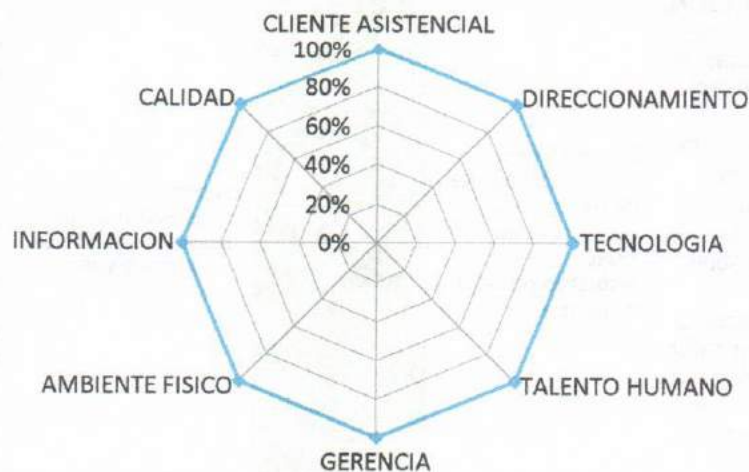
Se realizó seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación, teniendo en cuenta el cronograma establecido en el PAMEC 2016 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá y al formato de seguimiento establecido en la institución, donde se observa que de las 46 acciones de mejora establecidas, el 100% se cumplieron dentro de la vigencia establecida.

En la siguiente tabla se muestra, a corte 31 de Diciembre de 2016, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE PAMEC 2016 - HSRT										FECHA DE CORTE								
										2016/12/31								
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD		TOTAL
	COMPLETO	11	100%	2	100%	6	100%	5	100%	7	100%	7	100%	5	100%	3	100%	46
	EN DESARROLLO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	ATRASADAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	NO INICIADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	<b>PORCENTAJE DE EJECUCION</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
ACCIONES EVALUADAS	11		2		6		5		7		7		5		3		46	
AVANCE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	11		2		6		5		7		7		5		3		46
	ACTIVIDADES COMPLETAS	11		2		6		5		7		7		5		3		46
	<b>%CUMPLIMIENTO PAMEC 2016</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>
AVANCE CUMPLIMIENTO A LA FECHA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	11		2		6		5		7		7		5		3		46
	ACTIVIDADES EN EJECUCION	11		2		6		5		7		7		5		3		46
	<b>%CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

Fuente: Oficina de calidad

## CUMPLIMIENTO PAMEC 2016 31/Dic/2016



Fuente: Oficina de calidad

La E.S.E Hospital San Rafael Tunja realizó seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad vigencia 2016, trimestralmente desde la oficina de calidad emitiendo los informes respectivos a la oficina de control Interno.

Se anexa la matriz de seguimiento para cada uno de los Planes de Mejoramiento con los respectivos seguimientos realizados durante el año 2016.

## 5. AUDITORIA DE CONTROL INTERNO.

Con el fin de Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos de la Institución, la Oficina de Control interno realizó una Auditoria Interna a PAMEC 2016, con el objetivo de verificar el cumplimiento del instrumento de evaluación y monitoreo permanente de las actividades realizadas del PAMEC 2016, arrojando como resultado un Plan de Mejoramiento para 5 hallazgos levantados en la auditoria.

De los hallazgos levantados en auditoria tres de ellos se relacionaban al seguimiento realizado a PAMEC 2016, los cuales fueron gestionados como se muestra a continuación:

HALLAZGOS/ NO CONFORMIDAD	ACCIÓN DE MEJORA	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		% de avance	EVIDENCIAS	
<p><b>EJECUCIÓN PLAN DE ACCION.</b> Se recomienda que los soportes enviados al líder de acreditación sean de manera formal con fechas de cortes, nombre del responsable, con el fin de contar con registros actualizados, confiables y que le permitan al proceso optimizar su uso, bajo las normas generales de gestión documental.</p> <p>7.3 Se recomienda se busque el mecanismo necesario para hallar el porcentaje de avance de cada una de las acciones para tener mayor control del monitoreo de cada una de ellas.</p>	<p>Enviar informes formales del avance de las acciones establecidas en PAMEC con el respectivo porcentaje de avance.</p>	<p>100%</p>	<p>Soportes formales de las evidencias de ejecución del plan de acción PAMEC</p>	<p>Se definió dentro de la matriz de seguimiento % de avance de cada una de las acciones establecidas dentro de PAMEC, para un mayor control al avance y cumplimiento de éstas.</p> <p>Se acordó con los integrantes de los grupos de acreditación, hacer llegar las evidencias por medio de Outlook.</p>

# E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA



Carrera 11 No. 27 – 27 / 8-7405030

Tunja - Boyacá - Colombia

[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

e-mail. [acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

Falta socialización de la política de operación de gestión académica GAC.PO.01.	Ajustar la Política de operación de gestión académica GAC.PO.01, teniendo en cuenta las Políticas definidas en el procedimiento GAC-PR- 02.	100%	Evidencia socialización Política de Operación de Gestión Académica GAC.PO.01	Se ajusto la Política Operacional de Gestión Académica de acuerdo a los parámetros establecidos por la institución.
No se tiene el seguimiento del programa Servimos con corazón (Donde se incluya la verificación de la adherencia a la política de humanización, derechos y deberes de los usuarios) en el componente de comunicación con la familia, teniendo en cuenta el enfoque de promoción y prevención de la información suministrada durante los procesos de atención)	Articular el Programa de Humanización con el nuevo programa de Transformación cultural, teniendo en cuenta los objetivos del programa y realizar seguimiento al avance del programa.	100%	PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓN CULTURALPOA	El Programa de Transformación cultural acogió el desarrollo del Programa de Humanización, realizando seguimiento desde el comité de ética de la institución.

## 6. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

A continuación se describe el balance cualitativo por grupo de estándares perteneciente al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad 2016, de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas:

GRUPO DE ESTANDARES	FACTORES CLAVES DE AVANCE EN ESTÁNDARES
Cliente asistencial	Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente, en el marco de la estrategia Institucional de Mejoramiento, a partir de la implementación de la Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente priorizadas por la institución y la articulación de éstas con algunos de los programas institucionales, destacándose el programa de Clínica de Heridas el cual fue un referente para toda la institución.  Estandarización de la entrega de información y educación al paciente y familiares sobre su condición clínica, fortaleciéndola desde el Programa Modelo de Prestación de Servicios y el procedimiento transversal PR-30.
Direccionamiento	Liderazgo y orientación del Comité Directivo, al cumplimiento del Direccionamiento Estratégico, Planes y Programas Institucionales.  Fortalecimiento de los mecanismos para la divulgación de los componentes de la plataforma estratégica.
Gerencia	Creación del Programa de Transformación Cultural, con el propósito de generar el más alto nivel de compromiso, motivación y eficiencia acorde

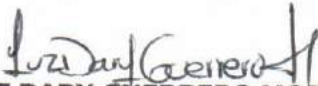
*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

	<p>con los altos estándares de calidad exigidos y a la satisfacción del usuario en la prestación del servicio, con un enfoque en trato humanizado, comunicación efectiva y mejoramiento continuo.</p> <p>Fortalecimiento de los Programas Institucionales a través del seguimiento realizado por parte de la Gerencia.</p>
Talento humano	<p>Fortalecimiento de la metodología de Selección, Inducción y re inducción de los colaboradores, con orientación al trato humanizado, comunicación y seguridad del paciente.</p> <p>Fortalecimiento del Proceso de Gestion Académica a través del ajuste y socialización de la Política Operacional y procedimientos relacionados.</p>
Ambiente físico	<p>Fortalecimiento del manejo del ambiente físico, a través de la implementación y medición de adherencia de la Buena Práctica prevención de infecciones, igualmente a través de la socialización de los resultados de la Gestión Ambiental.</p> <p>Fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental, obteniendo reconocimiento por el Ministerio de la Salud y Protección Social, Corpoboyacá y la Secretaría de Salud de Boyacá, como Hospital Sostenible en la categoría de "Mejora Continua", que evalúa la gestión y el desempeño ambiental de la institución.</p>
Gestión de la tecnología	<p>Fortalecimiento del Programa de Tecnovigilancia, articulando las acciones de la oficina de Biomédica con farmacia (dispositivos médicos) y el respectivo seguimiento.</p> <p>Articulación y fortalecimiento de la metodología de reposición a través de la creación del PROGRAMA DE RENOVACIÓN TECNOLÓGICA, MODERNIZACIÓN DE INFRAESTRUCTURA, DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.</p>
Gerencia de la información	<p>Fortalecimiento de los aplicativos del Sistema de Información de la E.S.E. DARUMA- SALUD y la Unidad de Análisis para Facilitar la toma de decisiones mediante el análisis periódico de los datos e indicadores reportados al sistema de información para la calidad institucional.</p>
Mejoramiento de la calidad	<p>Intervención en el Fortalecimiento de la transformación cultural, con enfoque al mejoramiento continuo, dentro del Programa de Transformación Cultural.</p>

## 7. CONCLUSIONES

- Se obtuvo como resultado positivo la implementación de acciones preventivas y correctivas que contribuye al autocontrol de la institución.
- La implementación del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, es una metodología que permite demostrar la eficacia y eficiencia en términos de resultados.
- De las actividades programadas a corte 31 de diciembre de 2016 se cumplió con el 100% de lo programado en PAMEC 2016, siendo algunas muy efectivas para el mejoramiento continuo en la prestación de servicio de salud de la E.S.E Hospital San Rafael y otras una experiencia para la búsqueda de la mejora continua.

Cordialmente,



**LUZ DARY GUERRERO MORENO**

Asesora de Acreditación – Hospital Universitario



**VBo. Dr HENRY MAURICIO CORREDOR**

Asesor de Desarrollo de Servicios

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
5800 S. UNIVERSITY AVENUE  
CHICAGO, ILLINOIS 60637  
TEL: 773-936-3700

RECEIVED  
JAN 15 1964  
FROM: [illegible]  
TO: [illegible]  
SUBJECT: [illegible]

Very truly yours,  
[illegible signature]  
[illegible name]



**SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 - CLIENTE ASISTENCIAL**

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM P	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
					0	1	2	3	0 4
7 - AsSP3	Ejecutar las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas	* Se ejecutaron las acciones formuladas en la autoevaluación de las guías técnicas de cada buena práctica priorizada por la institución.	100%	Registro Seguimiento Implementación BPS	07/04/2016	01/07/2016	05/08/2016	05/10/2016	20/12/2016
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
	Implementar las guías de Buenas practicas Prevención de infecciones Binomio madre hijo Seguridad en los medicamentos Seguridad en procedimientos quirúrgicos Prevención de úlceras de presión (MARZO A DICIEMBRE)	* A corte 30 de Diciembre de 2016 se cumplió con la implementación de las buenas prácticas priorizadas, de acuerdo a lo planeado para la vigencia 2016 de acuerdo a los formatos de autoevaluación de cada buena práctica. * Se estableció cronograma de trabajo en cada Buena Práctica Priorizada * Desde Calidad se realizó reuniones con los líderes de cada buena práctica para articular trabajo. * Se sensibilizó al personal de la institución a través de la entrega del "Celular de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente". * Se diseñó y realizó concurso "Quién quiere ser Excelente y Seguro", el cual se desarrolló dentro del marco de la VII Feria de Inducción y Re inducción. * Se adopto la estrategia del reloj para prevención de úlceras por presión. * Se desarrollaron cursos virtuales de Transfusiones seguras, prevención de úlceras por presión, cirugía segura, seguridad en la utilización de medicamentos, atención segura de la gestante y recién nacido, y Detectar, prevenir y reducir infecciones. * Se realizó medición de adherencia a las Buenas practicas de seguridad del paciente, la		Registro Seguimiento Implementación BPS Actas de entrega "Celular de las Buenas Practicas" Registro Fotográfico VII Feria de Inducción y Re inducción Cursos Virtuales en BPS Propuesta Guión Videos Actas Comité Seguridad del Paciente. Actas	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

	Realizar monitoreo al desarrollo las acciones definidas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas (TRIMESTRAL)	<p>cual fue socializada en el Comité de Seguridad del paciente y en toda la institución a través del Boletín Institucional N° 9</p> <p>*Se diseño propuesta para la elaboración de videos institucionales dirigidos al usuario y familiares para fortalecer las BPS</p>		seguimiento a Programa de Seguridad del Paciente.											
	Estandarizar la información y educación a suministrar al usuario relacionada con su condición clínica.	<p>*Se ajustó el Modelo de Prestación de Servicios de la Institución</p> <p>*Se realizó el procedimiento de ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA RESPECTO A LA CONDICION CLINICA Y se socializó con las coordinaciones Clínicas y en entrega de turno,</p>	100%	Procedimiento Entrega de Información PR-30 Modelo de prestación de Servicios	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO					
19 - ASEVA1	Implementar el proceso de información y educación al usuario relacionada con su condición clínica.	*Tanto el Modelo de Atención y el Procedimiento de Entrega de Información al paciente y su familia respecto a la condición clínica, se encuentran en despliegue	100%	Planeador POA Modelo de Atención	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	ATRASADO	COMPLETO					
	Monitorizar la comprensión del usuario frente al proceso de información y educación relacionada con su condición clínica (rondas de seguridad, paciente trazador)	A través de Paciente Trazador se mide la información brindada al paciente y la comprensión de esta.	100%	Informes Paciente Trazador Rondas de Seguridad	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO					

A

33 - AsPL12	<p>Incluir en las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos"(Junio-Diciembre)</p>	<p>*Se ajustó el programa de Farmacovigilancia, teniendo en cuenta la Guía de "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" y los estándares relacionados de acreditación. *Se articularon estrategias planteadas en la autoevaluación de la buena práctica con el programa de Farmacovigilancia.</p>	100%	Manual de Administración de Medicamentos - actualizado	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
<p>Implementar las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos"(junio-diciembre)</p>	<p>*Se ajustó el programa de Farmacovigilancia, con el fin de empezar a medir el impacto del programa. *Se desarrolló el curso virtual en Administración segura de Medicamentos. *Se implementó etiquetas para medicamentos preparados en los servicios. *Se implementó etiquetas para identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo. *Se viene trabajando en el protocolo de identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo. *Se actualizó Manual de Administración de Medicamentos, incluyendo anexos con el adecuado manejo de medicamentos parenterales y antibióticos. *Se viene aplicando la evaluación para la adecuada preparación de medicamentos en los diferentes servicios, socializando el uso de las nuevas etiquetas. *En el mes de Agosto se realizó seguimiento a los programas por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud, dentro del equipo de acreditación cliente asistencial. *En el mes de mayo y Noviembre se realizó por parte de la gerencia seguimiento a los programas de Farmacovigilancia y Uso Racional de Antibióticos de las acciones e indicadores. *Mes a mes se realiza seguimiento a los indicadores del programa de uso racional de antibióticos en el comité de infecciones.</p>	100%	Manual de Administración de Medicamentos - actualizado Etiquetas Evaluación para la preparación de medicamentos	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO	
<p>Realizar monitoreo y seguimiento de los programas : farmacovigilancia y el Programa de Uso racional de antibióticos(seguimiento de indicadores planteados)(julio-octubre-enero)</p>		100%	Acta Seguimiento a Programas mes de Mayo y Noviembre Acta cliente asistencial Seguimiento a programas	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO	

2

43 - ASEIA	Capacitar al personal asistencial en el manejo integral de las víctimas de violencia, maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.	* Se ajustó cronograma para 2016 del programa de buen trato. *Se capacito al personal asistencial relacionado, en Código Verde *Se ajustó programa buen trato, fortaleciendo indicadores de medición. * Se diseño curso virtual para el fortalecimiento de código verde	100%	Informes de Socialización Actas de capacitación Curso Virtual (Diseño)	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO
	Evaluar alcances del programa de Buen trato	*Se realiza seguimiento del programa de acuerdo a las resolución institucional 213 de 2015. En el mes de Agosto se evaluó el alcance del programa, dentro del grupo de cliente asistencial lo cual generó modificaciones y ajustes al programa. *En el mes de Noviembre se realizó seguimiento al Programa de Buen Trato	100%	Programa de Buen Trato Acta Seguimiento a Programas mes de Agosto y Noviembre	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO

**Total 11 Acciones de Mejoramiento  
PROCENTAJES DE  
CUMPLIMIENTO**

COMPLETO	0%	0%	0%	9%	100%
EN DESARROLLO	45%	64%	64%	55%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	9%	0%
NO INICIADO	55%	36%	36%	27%	0%

A

**SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 - DIRECCIONAMIENTO**

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENT	SEGUIMIENT	SEGUIMIENT	SEGUIMIENT	SEGUIMIEN	
					O 0	O 1	O 2	O 3	TO 4	
78 - DIR4	Ejecutar los acciones definidas en los Programas Institucionales de humanización del servicio, seguridad del paciente, farmacovigilancia y reactivovigilancia	<p><b>HUMANIZACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se vienen desarrollando charlas de humanización en los servicios de la institución.</li> <li>* De acuerdo al nuevo Plan de Desarrollo 2016-2020 se integro el programa de Humanización con el Programa de Transformación Cultural con el propósito de generar un mayor impacto en las actividades a desarrollar.</li> <li>* Se realizó Diagnostico de transformación cultural con énfasis en Humanización y comunicación.</li> <li>* Se realizó lanzamiento del Programa de Transformación Cultural con la Jornada de Vacunación "En transformación cultural", en el marco de la VII Feria de Inducción y Re inducción.</li> </ul> <p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se presentó informe de medición de adherencia a las buenas practicas en comité de Seguridad del paciente</li> <li>* Se desarrollaron las actividades establecidas dentro del programa y el comité de Seguridad del Paciente.</li> <li>* Se viene implementando las Buenas practicas priorizadas</li> <li>* Se está en proceso de medición de adherencia a la buenas practicas</li> <li>* Se encuentra en proceso de diseño videos educativos para proyectar a los usuarios reforzando las buenas practicas y los programas de la institución</li> </ul> <p><b>TECNOVIGILANCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Tecnovigilancia.</li> <li>* Se recepciono, gestionó y realizó análisis de las no conformidades relacionadas con los dispositivos médicos y de los eventos adversos reportados.</li> <li>* En el mes de Junio se inició con las Rondas de Tecnovigilancia</li> </ul> <p><b>FARMACOVIGILANCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Farmacovigilancia para dar alcance a los requisitos</li> </ul>	109%	<p>Matriz Seguimiento a programas</p> <p>Planeador Programa de Transformación Cultural</p>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					05/04/2016	28/04/2016	26/05/2016	23/06/2016	26/12/2016	
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado	

<p>Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales de humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia (abril-julio-octubre-diciembre)</p>	<p>establecidos para los procesos de certificación en BPM y BPE.          *Se realizó análisis y seguimiento de los eventos adversos reportados a seguridad del paciente respecto a Farmacovigilancia, retroalimentación a los médicos hospitalarios y comprometiéndolos a realizar una revisión a la cual se le hará seguimiento.          *Se implementó las etiquetas LASA y de ALTO RIESGO REACTIVOVIGILANCIA          * Se implementó formato de reporte de incidentes del INVIMA          * Se socializó las alertas de reactivos de uso de la institución generadas por el Invima          *Se realizó análisis y gestión de los incidentes reportados.</p>	100%	Seguimiento a programas mes de mayo, Agosto, Noviembre	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
--	--	------	--	-------------	---------------	---------------	---------------	----------

COMPLETO	0%	0%	0%	0%	0%	100%
EN DESARROLLO	50%	100%	100%	100%	100%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NO INICIADO	50%	0%	0%	0%	0%	0%

2

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 - GERENCIA									
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO 00	SEGUIMIENTO 01	SEGUIMIENTO 02	SEGUIMIENTO 03	SEGUIMIENTO 04
					05/04/2016	28/04/2016	26/05/2016	23/06/2016	26/12/2016
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
88 - GER1	Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.	*En el mes de Mayo y Noviembre se realizó seguimiento a todos los programas institucionales por parte de la alta dirección. *En el mes de Agosto se inició revisión y seguimiento a los programas, por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud. *El programa de Humanización se adhirió al nuevo programa de Transformación Cultural.	100%	Actas de seguimiento a programas Acta Cliente Asistencial	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Diseñar propuesta de transformación cultural	*Se diseño la Planeación estratégica 2016-2020 con base en los ejes de acreditación. *Se encuentra aprobado el programa de Transformación Cultural contemplado dentro del plan de desarrollo.	100%	Programa de Transformación cultural Plan de desarrollo 2015-2020	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
	Implementar propuesta de transformación cultural	*Se viene desarrollando el planeador de trabajo establecido en POA, donde a la fecha se cuenta con la metodología para realizar el Diagnostico de Transformación Cultural.	100%	Planeador Programa de Transformación cultural	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Evaluar propuesta de transformación cultural	Se genero informe del diagnostico de Transformación Cultural	100%	Diagnostico Transformación Cultural	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO

93 - GER6	Monitorear el desarrollo de los programas: Seguridad del paciente, tecnovigilancia y farmacovigilancia, humanización)	*En el mes de Mayo y Noviembre se realizó seguimiento a todos los programas institucionales, por parte de la gerencia. *En el mes de Agosto se inició revisión y seguimiento a los programas, por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud, dentro del Grupo de Estándares de Cliente Asistencial	109%	Seguimiento a Programas mes de mayo	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	COMPLETO
	Monitorear el desarrollo de las estrategias de mejoramiento de la calidad (buenas practicas, rondas de seguridad, paciente trazador, comités institucionales).	*Se realiza seguimiento dentro del comité de seguridad del paciente, de las estrategias de Paciente Trazador Y Rondas de seguridad. *Se socializó los resultados del Informe del primer semestre y tercer trimestre con los coordinadores de enfermería.	100%	Informe Rondas de Seguridad, Paciente Trazador Y comités seguimiento BP Y Actas Comité seguridad del paciente	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	EN DESARROLLO O	COMPLETO

COMPLETO	0%	17%	17%	17%	100%
EN DESARROLLO	67%	50%	50%	67%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	0%	0%
NO INICIADO	33%	33%	33%	17%	0%

X



SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 – TALENTO HUMANO									
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 4	SEGUIMIENTO 5
					05/04/2016	05/07/2016	08/08/2016	05/10/2016	26/12/2016
108 - TH6	Fortalecer el proceso de inducción y reintegración enfocado en seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural. (abril-Julio-Octubre-Diciembre)	<p>1. Se viene adelantando la consolidación de base de datos del personal de planta, OPS y de laboramos que realizó los cursos dispuestos en la plataforma virtual con el fin de expedir a final de año los certificados correspondientes.</p> <p>2. Se solicitó a las Universidades la relación de los docentes que hacen parte de los convenios</p> <p>Docencia -servicio, con el fin de vincularlos al proceso de inducción, reintegración, cursos de capacitación que se ofrecen de manera virtual por el hospital.</p> <p>4. Se fortaleció el proceso de inducción, incluyendo dentro de la inducción general del personal una charla de inducción por parte de psicología organizacional, se incluyeron los recorridos por la institución y se reforzó el seguimiento y control.</p> <p>5. Se desarrollo el Plan de intervención clima laboral, brindando charlas a los diferentes servicios en Transformación cultural, Manejo de conflictos, trabajo en equipo Atención al Usuario y la familia</p>	100%	<p>Cronograma</p> <p>Actas intervención clima laboral</p> <p>Base de Datos</p>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

1

	<p>Monitorizar el proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, seguridad, humanización, comunicación y transformación cultural (abril-Julio-Octubre-Diciembre)</p>	<p>Se realizó seguimiento continuo al proceso de Inducción y re inducción, desde la oficina de talento humano.</p>	100%	Matriz seguimiento Inducción	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	<p>Revisar, actualizar y socializar la política de operación de gestión académica. GAC-PO-01.</p>	<p>1. Teniendo en cuenta las observaciones de Control Interno se vuelve a ajustar la Política Operacional de Gestión Académica 2. Se revisó, ajustó y consolidó dentro del Procedimiento GAC - PR-02 la política de operación de Gestión Académica de acuerdo a los parámetros establecidos en la oficina de calidad. 3. Se socializó en Comité docencia - servicio</p>	100%	procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
116-TH14	<p>Socializar el procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO de acuerdo con lo definido en el estándar (Marzo)</p>	<p>1. Se socializó procedimiento GAC-PR-02 en el comité institucional docencia - servicio del mes de abril</p>	100%	Acta comité docencia - servicio	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
	<p>Verificación de la aplicación del procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO (Abril, Julio-diciembre)</p>	<p>1. Se realiza verificación de la supervisión del personal a través de las Rondas de Gestión Académica</p>	100%	Actas Rondas de Gestión Académica	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

	20%	40%	40%	20%	100%
COMPLETO	20%	40%	40%	20%	100%
EN DESARROLLO	40%	60%	60%	80%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	0%	0%
NO INICIADO	40%	0%	0%	0%	0%

8

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 – GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO									
ESTANDA R/ CALIDAD ESPERAD A	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO 5
					0	1	2	4	
	Realizar el monitoreo de la trazabilidad del proceso de limpieza y desinfección.	*Se realizó medición de adherencia al proceso de limpieza y desinfección, dentro de la buena práctica de prevención de infecciones, para el primer semestre del año.	100%	Informe medición adherencia a la buena práctica de prevención de Infecciones	05/04/2016	05/07/2016	03/08/2016	05/10/2016	26/12/2016
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
					NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	ATRASADO	COMPLETO
120 - GAF2	Medición de la aplicación del manual de buenas practicas de esterilización	*En el mes de abril se realizó evaluación al personal de esterilización en cuanto al tema de limpieza y desinfección del Manual de buenas practicas de esterilización. * Se viene ajustando el manual de buenas prácticas de esterilización, teniendo en cuenta las res 2183 de 2004, y diseñando una herramienta para la evaluación de la adherencia a éste. *Se realizó capacitación al personal misional	100%	Evaluación manual, actas de capacitación,	05/04/2016	05/07/2016	03/08/2016	05/10/2016	
					Estado	Estado	Estado	Estado	
					NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
122 - GAF4	Socialización de resultados que permitan mostrar la gestión ambiental de la organización.  Realizar seguimiento a la matriz de control operacional según la norma ISO 14001:2004.	*Se elaboró y socializó boletín informativo *En comité de GAGAS se informa los resultados del sistema de Gestión Ambiental.  *Se realizó seguimiento a la Matriz de control operacional, teniendo en cuenta los resultados de las auditorías internas realizadas	100%	Boletines Actas GAGAS  Seguimiento Matriz Operacional	05/04/2016	05/07/2016	03/08/2016	05/10/2016	
					Estado	Estado	Estado	Estado	
					NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					NO INICIADO	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

4

Actualización del PGRASA para la vigencia teniendo en cuenta los cambios organizacionales	*Se desarrollo auditoria Externa para la revisión del cumplimiento en OSHAS 18001 e ISO 14001	100%	PGRASA GA-M-02	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO	COMPLETO
	*Se viene realizando inspección a los servicios tercerizados de acuerdo al cronograma establecido.	100%	Acta Inspección reciclaje	NO INICIADO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
Realizar una inspección al gestor externo de reciclaje.	* Se realiza seguimiento trimestral a los indicadores de Gestión Ambiental por parte de la coordinación y en comité de GAGAS	100%	Daruma, Actas GAGAS	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
Seguimiento de los indicadores de generación de residuos: no peligrosos y peligrosos.								

COMPLETO	0%	14%	14%	29%	100%
EN DESARROLLO	14%	57%	71%	57%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	14%	0%
NO INICIADO	86%	29%	14%	0%	0%

2

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 – GERENCIA DE LA INFORMACIÓN								
ESTANDA R/ CALIDAD ESPERAD A	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
140 - GI1	Realizar seguimiento del Programa Servimos con corazón. (Donde se incluya la verificación de la adherencia a la Política de humanización y derechos y deberes de los usuarios) en el componente de comunicación con el paciente y su familia. Teniendo en cuenta el enfoque de promoción y prevención y la información suministrada durante los procesos de atención.	<p>Se realizó diagnóstico y planeación de las actividades a desarrollar durante el año</p> <p>*Se realizo seguimiento en el mes de Mayo al Programa por parte de la Gerencia.</p> <p>*Se articulo el programa de Humanización Servimos con Corazón con el programa de Transformación cultural, con el fin de tener un mayor impacto en las acciones a desarrollar.</p> <p>*En Comité de Ética se realiza seguimiento al avance del Programa de Transformación Cultural.</p>	100%	Seguimiento al Programa Cronograma del programa	EN DESARROLL O	EN DESARROLL O	EN DESARROLL O	COMPLETO
142 - GI3	Implementar la unidad de análisis y metodología para evaluar variaciones no esperadas de los indicadores.	<p>*Se diseño y socializó el procedimiento de Gestión y Seguimiento de Indicadores</p> <p>*Se diseño metodología de la unidad de análisis.</p> <p>*Se viene socializando la metodología e integrando los diferentes procesos requeridos.</p> <p>*Se está en proceso de implementación de la Unidad de análisis</p>	100%	Procedimiento OADS-PR-01, Gestión y Seguimiento de Indicadores. Metodología Unidad de análisis Propuesta Unidad de Análisis 2017	EN DESARROLL O	ATRASADO	EN DESARROLL O	COMPLETO
	Capacitar a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software Daruma.	Se capacito y presto asesoría a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software	100%	Circular Reporte de indicadores Informe alimentación Daruma	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO

4

<p>Registrar los indicadores del sistema de información de la institución en el software Daruma</p>	<p>*Se depuraron y actualizaron los indicadores de acuerdo a la resolución 256 de 216          *Se realiza seguimiento al registro de indicadores en daruma          *Se tiene plazo para reportar indicadores del III trimestre en oct 10 de 2016.</p>	100%	Informe alimentación Daruma	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
<p>Monitorizar el comportamiento de los indicadores.</p>	<p>En reuniones de comités y en seguimiento de programas se monitoriza el comportamiento de los indicadores relacionados.</p>	100%	Informes de seguimiento Alimentación DARUMA	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

COMPLETO	20%	20%	20%	20%	100%
EN DESARROLLO	40%	80%	60%	80%	0%
ATRASADO	0%	0%	20%	0%	0%
NO INICIADO	40%	0%	0%	0%	0%

2

SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 – GESTION DE LA TECNOLOGIA									
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO 00	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
					05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016	05/10/2016	27/12/2016
131 - GT2	Realizar seguimiento al indicador de alertas sanitarias (Junio-Diciembre)	*En los programas de Farmacovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia se realiza seguimiento a los indicadores a través del seguimiento a programas que se realiza trimestralmente. *Biomédica realiza seguimiento al indicador de alertas sanitarias en equipos médicos.	100%	Indicadores Daruma Seguimiento programas	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
132 - GT3	Seguimiento del uso de tecnologías o dispositivos médicos (Junio-Diciembre)	*En el mes de Junio se inició con las rondas para la revisión de almacenamiento y uso de los dispositivos en cada uno de los servicios *El proceso de Ingeniería Biomédica realiza rondas diarias de seguimiento al uso de la tecnología médica.	100%	Matriz Ronda Diaria Cronograma Tecnovigilancia 2016	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
132 - GT3	Medir oportunidad de respuesta a situaciones que generan la no continuidad en la prestación del atención por falla de equipo o dispositivo médico.	Se cuenta con un indicador de respuesta a los llamados, al cual se le realiza seguimiento y monitorización del cumplimiento de los tiempos establecidos para dar respuesta a las solicitudes.	100%	Indicador respuesta de llamados DARUMA	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
132 - GT3	Implementación del programa de tecnovigilancia	*Se viene socializando y educando al personal en los temas dispuestos en el programa de tecnovigilancia. *Se socializó Boletín Informativo con información relevante de los programas	100%	Actas de socialización Boletín	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado

4

135 - GT6	Seguimiento a indicadores de tecnología. (No de reporte gestionados/Total reportados; No de reportes enviados a SSR e Invinia/total de eventos adversos serios; No eventos adversos serios y no serios reportados a SSR/Total de eventos adversos serios y no serios reportados.; Numero de alertas sanitarias emitidas por el programa/total publicadas en la pagina, cantidad de eventos de calidad reportados). (Abril-Julio-Octubre-Enero).	* Se llevo a cabo seguimiento de programas establecido en la resolución Institucional 213 de 2015 en el mes de mayo, realizando seguimiento a los indicadores establecidos en los programas de Tecnología y Reactivo Vigilancia y Farmacovigilancia y Reactivo Vigilancia.	100%	Informe control Interno Daruma Actas de seguimiento a programas	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Implementación continua de la metodología de reposición prevista en el Proyecto de renovación de tecnología (PREBIO) (junio-diciembre)	Se viene implementando la reposición prevista de acuerdo a la metodología del proyecto de renovación de tecnología y ajustando el proyecto a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2016-2020.	100%	Reposición POA	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Evaluar el indicador de reposición de tecnología biomédica. (junio-diciembre)	Se realiza seguimiento trimestralmente de acuerdo a la metodología propuesta en el proyecto PREBIO, a través de POA.	100%	Reposición POA	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	COMPLETO

COMPLETO	0%	0%	0%	0%	0%	100%
EN DESARROLLO	29%	100%	100%	100%	100%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
NO INICIADO	71%	0%	0%	0%	0%	0%

2



SEGUIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC 2016 – MEJORAMIENTO CONTINUO									
ESTANDA R/ CALIDAD ESPERAD A	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	CUM	SOPORTES GENERADOS	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
					0	1	2	3	4
					05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016	05/10/2016	27/12/2016
					Estado	Estado	Estado	Estado	Estado
155 - MCC2	Diseñar y socializar propuesta de transformación cultural	Se diseño el programa de Transformación cultural, el cual se encuentra en proceso de ajuste y aprobación por parte de gerencia, para iniciar su socialización y desarrollo.	100%	Programa de Transformación cultural	NO INICIADO	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
	Implementar propuesta de transformación cultural	Se estableció cronograma para desarrollar el programa de Transformación Cultural. Se realizó lanzamiento del programa en el marco de la VII Feria de la inducción y reinducción.	100%	Planeador Programa TC Metodología Diagnostico Transformación cultural. Listado de asistencia a la Jornada de vacunación en transformación cultural	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Evaluar propuesta de transformación cultural	Se evaluó la propuesta de transformación cultural en el comité de ética	100%	Actas	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO	COMPLETO
					0%	0%	33%	33%	100%
					COMPLETO				
					0%	33%	0%	33%	0%
					EN DESARROLLO				
					0%	0%	0%	0%	0%
					ATRASADO				
					100%	67%	67%	33%	0%
					NO INICIADO				

a

1. NAME  
 2. AGE  
 3. SEX  
 4. RELIGION  
 5. EDUCATION  
 6. OCCUPATION  
 7. RESIDENCE  
 8. DATE

Sl. No.	Name	Age	Sex	Religion	Education	Occupation	Residence	Date
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								

1. NAME  
 2. AGE  
 3. SEX  
 4. RELIGION  
 5. EDUCATION  
 6. OCCUPATION  
 7. RESIDENCE  
 8. DATE