

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:		GSI-P01-F-02							
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:		01							
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:		31-12-2016							
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																				VIGENCIA DEL POA:		2017						
MISIÓN:		Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																												
PROCESO:		Gestión del Sistema de Desempeño Institucional																				VERSIÓN:		1						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Direccionar, planificar, desarrollar, seguir, controlar y mejorar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad y satisfacción de los clientes.																				PERIDO DE EVALUACIÓN:								
LIDER POA		Directora General																												
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la satisfacción de los pacientes	Porcentaje de satisfacción mínimo en 93%	Lograr la oportunidad en las satisfacción del paciente	4%	Socializar y hacer seguimiento al plan de humanización	100%	Directora General - Subdirector Administrativo- Subdirector de Atención Médica - Asesor de Calidad - Asesor Comunicaciones	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores del plan de humanización	Eficiencia	Gestora de Casos Asesoría de Calidad				
	Salud Pública	Fortalecer los programas de Vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Información acerca de incidencia disponible en la web de manera interactiva	Hacer repositorio de datos de registro de cáncer, disponible de manera interactiva en la web	4%	Poner en operación el Repositorio de Información de Cáncer una vez esté el desarrollo informático realizado.	100%	Cordinador Grupo Área Unidad de Análisis	Tareas Especificas						100%								Repositorio en funcionamiento	Repositorio en funcionamiento	Eficacia	Cordinador Grupo Área Unidad de Análisis, Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer				
Objetivos para el control del cáncer	Prevención	Contribuir a la reducción de la prevalencia de VPH oncogénico en el país	Medir la prevalencia de VPH 16/18 en mujeres de 16 a 18 años y en lesiones pre-neoplásicas	Participar en la definición de Política Pública	4%	Diseño de una estrategia para el trabajo intersectorial para favorecer el monitoreo de vacunación contra el VPH que incluya mínimo una jornada de socialización en una de las ciudades priorizadas.	100%	Coordinador Grupo Área de salud pública / Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas									1				Documento con estrategia política diseñada para el trabajo intersectorial con el sector educativo para favorecer el ejercicio del monitoreo de vacunación contra el VPH en el nivel territorial de las ciudades priorizadas.	Un documento con estrategia política diseñada y evidencia de jornada de socialización	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social					
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de la tecnología	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información	Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Mejorar el manejo de infraestructura informática	4%	Presentar los resultados del modelo integrado de planeación y gestión (FURAG, Gobierno en línea, MECI, Control interno contable)	100%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa Subdirección de Investigaciones Jefe Of. Planeación	Productividad													Porcentaje cumplimiento del modelo integrado de planeación y gestión	Porcentaje cumplimiento del modelo integrado de planeación y gestión	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
	Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Consolidación de un plan de producción	4%	Consolidar, presentar y hacer seguimiento al plan de producción y ventas del INC para la vigencia 2017-2018, en conjunto con el área comercial	100%	Subdirección de Atención Médica y Docencia Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Especializado Grupo Área Comercial y del Ingreso	Optimización De Recursos								1					Plan de producción	Plan de producción presentado y aprobado por la Dirección General para la vigencia 2018	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Gestión de la información)					
																												Análisis de la información de la producción y desempeño de la vigencia actual	Informe de Análisis de la información de la producción y desempeño de la vigencia actual	Eficacia

032

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional		Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Desarrollo de uno o varios modelos de gestión a partir de la revisión del modelo organizacional	4%	Diseñar y viabilizar la implementación de los modelos de desempeño y productividad 5 servicios asistenciales (Ginecología, Urología, Cirugía Reconstructiva, Gastroenterología, Seno y Tejidos Blandos, Dermatología)	50%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa Jefe Oficina Aserora Planeación y Sistemas Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Productiv ad											100%	Porcentaje unidades funcionales con modelo de productividad	[Número de unidades funcionales con modelos de productividad implementados]/[Número total de unidades funcionales]*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
						Medir el impacto de los modelos de desempeños y productividad existentes	50%	Jefe Oficina Asesora de Planeación Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Costos, modelos y estudios económicos)	Calidad					>=80%		>=80%			>=80%		>=80%	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los modelos	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los modelos	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Costos, modelos y estudios económicos)				
				Revisión del modelo Organizacional	4%	Medir el impacto de la gestión de proyectos a nivel institucional	50%	Oficina Asesora de Planeación Profesionales (equipo proyectos)	Calidad					>=80%		>=80%			>=80%		>=80%	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los proyectos	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los proyectos	Eficacia	Profesional Especializado (equipo proyectos) Diana Cárdenas				
						Medir el desempeño de los procesos institucionales	50%	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación Profesional Universitario (OYM) Oficina Asesora de Planeación Líderes de cada proceso	Calidad					>=80%		>=80%			>=80%		>=80%	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los procesos	Porcentaje de cumplimiento de desempeño de los procesos	Eficacia	Profesional Universitario (OYM) Angélica Rodríguez				
					Porcentaje de cumplimiento de procesos con plan de análisis	(Número de procesos con plan de análisis / Número total de procesos del INC)*100	Eficacia	Profesional Especializado (Gestión de la Información)																					
			Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios) que representen un 15% del presupuesto de ingreso	Estrategias Alternas (recursos alternativos)	4%	Convenios de cooperación nacionales e internacionales nuevos (2 internacionales 1 nacional)	100%	Coordinador Cooperación Internacional	Proyectos especiales												3	Convenios suscritos	Convenios de cooperación suscritos	Eficacia	Asesor Cooperación Internacional				
	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública		Impacto en medios masivos mínimo en un 30 por ciento más que el año inmediatamente anterior.	Hacer un plan de comunicaciones con divulgación de las publicaciones institucionales	5%	Cumplimiento del plan de acciones comunicativas	100%	Asesor Comunicaciones						>=90%		>=90%			>=90%		>=90%	Porcentaje de ejecución del plan de acciones comunicativas	Número de actividades ejecutadas para el periodo/Número de activlades planeadas para el periodo	Eficacia	Asesor Comunicaciones				
			Fortalecer la comunicación interna		Nivel de conocimiento de políticas (Calidad, comunicaciones, Talento Humano, Modelo de atención) mínimo en 80% de los funcionarios y colaboradores.	Desarrollo de estrategias de socialización del proceso de control interno disciplinario	4%	Socializar en inducción, juntas médicas el proceso de control interno disciplinario (15 juntas medicas- 1 mensual, 1 anual proceso de investigación, 1 adm,	100%	Profesional Universitario Control Interno Disciplinario	Tareas Especificas	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	2	4	Socialización de proceso de control interno disciplinario	Número de socializaciones de proceso de control interno realizadas	Eficacia	Profesional Universitario (Control Interno Disciplinario)		
	Nivel de conocimiento de políticas (Calidad, comunicaciones, Talento Humano, Modelo de atención) mínimo en 80% de los funcionarios y colaboradores.	Realizar difusión de los planes en encuentros institucionales como retroalimentación a la dirección			5%	Aplicar instrumento para determinar el nivel de conocimiento de las políticas y planes institucionales	100%	Asesor Calidad	Tareas Especificas														Porcentaje de conocimiento de las politicas y planes institucionales	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Cumplir los criterios de acreditación en el estándar que aplique	5%	Alcanzar 3.5 en la calificación de la autoevaluación en el desarrollo de preparación para la acreditación y cumplimiento de plan de mejora asociado	40%	Todo el personal del INC	Calidad											≤ 3.5	Calificación de Autoevaluación	Resultado del promedio de la calificación de los estándares de acreditación	Eficiencia	Gestora de Casos Asesoría de Calidad					
					5%	Formular planes de mejora de estándares	30%	Todo el personal del INC	Calidad								1				Plan de mejora estándares de acreditación	Plan de mejora de acreditación con enfoque integrador	Eficacia	Gestora de Casos Asesoría de Calidad					
					30%	Establecer acciones de mejora de estándares de acreditación y su gestión (Sexto ciclo)	30%	Asesor Calidad Subdirector Administrativo Subdirectora Investigaciones Subdirector Médico	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de ejecución acciones de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora al VI ciclo de autoevaluación de acreditación / Total de acciones de mejora del VI ciclo de autoevaluación de acreditación) * 100	Eficacia	Gestora de Casos Asesoría de Calidad					
				4%	Evaluación del riesgo institucional	4%	Establecer el mapa de riesgo institucional	100%	Asesor Calidad	Calidad				1							Mapa de riesgo institucional	Mapa de riesgo institucional actualizado	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Incrementar cobertura de la estandarización de procesos	4%	Medir índice de transparencia empresarial	100%	Asesor Calidad Asesor Jurídico	Tareas Especificas				1							Índice de transparencia empresarial	Informe con los resultados de transparencia	Eficacia	Asesor Jurídico						
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Fortalecer el control interno disciplinario.	5%	Ejecutar el plan de Fomento de la Cultura del AUTOCONTROL	50%	Jefe Oficina de Centro Interno	Tareas Especificas	100%				100%			100%				GSH-IND-34 Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura del autocontrol	Número de actividades programadas y ejecutadas para el fomento de la cultura del autocontrol][(Número de actividades programadas para el fomento de la cultura del autocontrol * 100	Eficacia	Jefe Oficina de Centro Interno					
						Realizar seguimiento del cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	50%	Directora General, Asesoría Calidad, Asesor Comunicaciones, Asesor Jurídico, Subdirector Administrativo, Coordinador Grupo Área Gestión Financiera, Coordinador Grupo Presupuesto, Coordinador Grupo Área Gestión del Talento Humano, Coordinador Grupo Área Gestión Documental, Coordinador Grupo Compras, Coordinador Grupo Contratos, Coordinador Grupo Gestión a Usuarios, Asesor Planeación, Jefe Oficina Control Interno	Productividad	100%				100%			100%					Porcentaje de cumplimiento de la ley 1712 de 2014	(Número de actividades cumplidas de la matriz de autodiagnóstico Ley 1712/Número de actividades definidas en la matriz de autodiagnóstico Ley 1712)*100	Eficacia	Jefe Oficina de Centro Interno				
						Realizar las Auditorías Internas de Calidad y demás auditorías/seguimientos de ley de responsabilidad de la OCI	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%				100%			100%					GSH-IND-32 Porcentaje de ejecución de Auditorías Internas y seguimientos de la OCI	(Número de auditorías internas y seguimientos programados y ejecutados en el periodo por la OCI)](Número Total de auditorías internas y seguimientos programados en el periodo por la OCI) *100	Eficacia	Médico Especialista Control Interno				

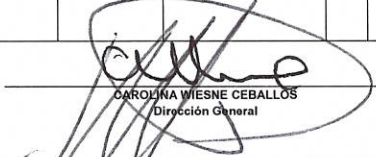
BOZ

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Cumplimiento del programa de auditoria interna en un 90%	Desarrollar el plan de auditorias	5%	Ejecutar las auditorias definidas en el programa anual de auditoria interna del INC 2015	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%											Porcentaje de ejecución del programa anual de auditoria del INC	Número de auditorias ejecutadas del programa anual de auditoria interna del INC / Número de auditorias planeadas en el programa anual de auditoria interna del INC *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno					
						Realizar seguimiento a los planes de Mejoramiento	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	GSI-IND-33 Porcentaje de seguimiento a acciones de mejora	Número de acciones de mejoramiento vencidas con seguimiento en el mes)](Número total de acciones de mejora vencidas en el mes *100	Eficacia	Técnico Administrativo Control Interno						
						Realizar cierre a planes y acciones de mejora	16%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	GSI-IND-25 E- Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento	Número de acciones de mejoramiento vencidas y cerradas con seguimiento en el mes)](Número total de acciones de mejoramiento vencidas con seguimiento en el mes *100	Eficacia	Técnico Administrativo Control Interno						
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Cumplimiento del programa de auditoria interna en un 90%			Realizar seguimiento a la efectividad de los controles definidos para los riesgos de los procesos.	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%			100%		100%		100%		GSI-IND-23 Porcentaje de seguimiento a procesos en la administración de los riesgos institucionales	Numero de procesos con seguimiento en la identificación, implementación y tratamiento de los riesgos en el trimestre)](Número de Procesos Institucionales programados para seguimiento en el trimestre *100	Eficacia	Profesional Especializado Control Interno							
						Evaluar la efectividad de los controles definidos para los riesgos de los procesos	16%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	50%			50%			50%		50%	Porcentaje de control de los riesgos de los procesos	Número de procesos con porcentaje de control de los riesgos >=50/ Número de procesos institucionales	Eficacia	Profesional Especializado Control Interno							
			Identificación de factores de riesgo que incidan en actos de corrupción			Formular y ejecutar el plan Anticorrupción y de Atención al Usuario	5%	Medir la ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	100%	Subdirector Administrativo Subdirectora Investigaciones Subdirector Médico Coord. Gestión a Usuarios Asesoría Comunicaciones Coord. Sistemas Jefe Of.Asesora Planeación	Productividad				100%			100%		100%	Porcentaje de avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	(Número de actividades del plan anticorrupción cumplidas en el periodo/Número de actividades del plan anticorrupción a cumplir en el periodo)*100	Eficacia	Médico Especialista Contro Interno					
	Desarrollar un plan de responsabilidad social	Cumplimiento de metas en responsabilidad social mínimo en 75%	Los criterios implican el desarrollo de los siguientes componentes que surgen de un proceso de diagnóstico, implementación, mantenimiento y mejora: Gobernanza, Derechos humanos, Prácticas laborales, Practicas justas de operación, Asuntos de consumidores y Participación activa y desarrollo de la comunidad	5%	Realizar diagnóstico (estudio de brechas) con base en evaluación de estándares de cumplimiento de responsabilidad social	100%	Subdirector de Investigaciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Tareas Especificas							1			Documento diagnóstico estándares de responsabilidad social	Un documento diagnóstico y evaluación de estándares de cumplimiento de responsabilidad social	Eficacia	Subdirector de Investigaciones								

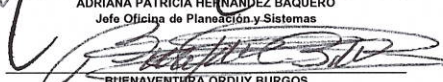
307

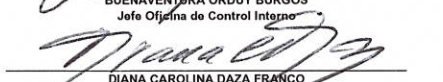
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	6%	Seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018	50%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa y Financiera Subdirección de Investigaciones Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Productividad											100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018. (vigencia)	Cumplimiento de metas / Total de metas programadas	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
						Seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) 2017	50%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa y Financiera Subdirección de Investigaciones Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Productividad			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual	Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual del periodo anterior	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Desarrollo de un sistema de costos por unidad estratégica de negocio	5%	Implementar el proyecto de SAP modulo CO, con el acompañamiento de la consultoría del proveedor	100%	Jefe asesora Oficina de Planeación y Sistemas	Optimización De Recursos								25%	50%	75%	100%	Implementación del proyecto de SAP modulo CO	Implementación del proyecto de SAP modulo CO de acuerdo al plan de trabajo definido	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Directora General Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Proceso GSI con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI	(Numero de indicadores de proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI	(Numero de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GSI	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GSI) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GSI + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente) / (Número total de Items definidos para el proceso GSI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GSI	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GSI / Total de contratos asignados al proceso GSI para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
			Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GSI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GSI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

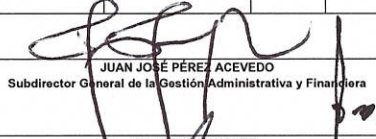

CAROLINA WIESNE CEBALLOS
Dirección General

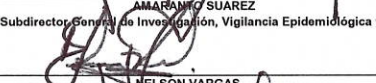

JESÚS ANTONIO ACOSTA
Subdirector General de Atención Médica y Docencia

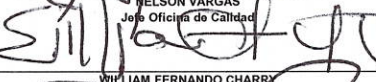

ADRIANA PATRICIA HERNÁNDEZ BAQUERO
Jefe Oficina de Planeación y Sistemas

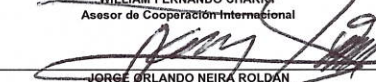

BUENAVENTURA ORDUY BURGOS
Jefe Oficina de Control Interno


DIANA CAROLINA DAZA FRANCO
Asesora de Comunicaciones

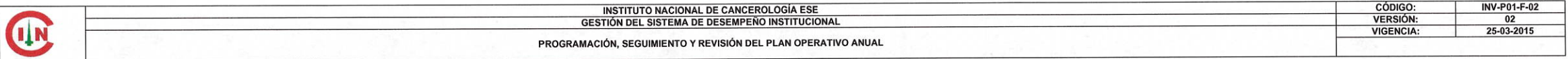

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera


AMANCIO SUAREZ
Subdirector General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y


NELSON VARGAS
Jefe Oficina de Calidad


WILLIAM FERNANDO CHARRY
Asesor de Cooperación Internacional


JORGE ORLANDO NEIRA ROLDÁN
Asesor Jurídico



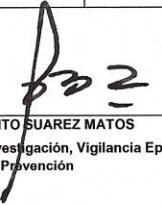
VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Investigación	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL LIDER POA	Generar o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las áreas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia. Coordinador Grupo Area de Investigaciones		

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento		
													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			12	NOMBRE	FORMULA	Resultado del Indicador	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.	Fortalecer las competencias en investigación en todas las áreas del instituto	4%	Desarrollar Dos (2) Cursos de escritura de artículos científicos	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						1					1			Cursos Efectuados	Número de Cursos Efectuados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Mejorar la integración de la investigación a la formación de recurso humano	Formación de estudiantes de pregrado en investigación	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad													2	Estudiantes de pregrado con trabajo de grado aprobado desarrollada en el INC.	Número de estudiantes de pregrado graduados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
					Formación de estudiantes de posgrado en especialidades médicas e investigación	70%	Subdirección General de Inv. Coordinador de investigación clínica y monitoría	Productividad													18	Estudiantes de postgrado con tesis aprobada desarrollada en el INC.	Número de estudiantes de postgrado con tesis aprobada desarrollada en el INC.	Eficacia	Secretaria de investigación clínica y monitoría					
				Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones por tiempo completo (2 artículos científicos por tiempo completo de investigador)	10%	Promedio de artículos científicos sometidos por tiempo completo de investigador como autor principal ó co-autor en la subinvestigaciones	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad													3	Promedio de artículos científicos sometidos 3 por profesional de planta GAI	Número de artículos científicos sometidos /Número de Investigadores de planta del GAI	Eficacia	Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Promedio de artículos científicos aceptados para publicación por tiempo completo de investigador	70%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad													2	Promedio de artículos científicos aprobados GAI	Número de artículos científicos aprobados para publicación/Número de Investigadores de planta del GAI	Eficacia	Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.	Cuantificar el cumplimiento de socialización de resultados de investigación en eventos científicos	9%	Ponencias en eventos científicos por tiempo completo de investigador	100%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad											2	Promedio de Ponencias Eventos científicos GAI	Sumatoria de ponencias en eventos científicos / Numero de investigadores de planta del GAI	Eficacia	Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones					
		Incrementar el factor de impacto de las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas	Medir el Factor de impacto en el ISI	Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones en ISI por tiempo completo.	10%	Someter en promedio un artículo científico en revistas indexadas en ISI por investigadores de tiempo completo del GAI	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad											1	Promedio de artículos científicos sometidos en revistas indexadas en ISI (GAI)	Número de artículos científicos sometidos en revistas indexadas en ISI / Número total de investigadores de planta del GAI	Eficacia	Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones					
						Publicar un promedio mínimo de 0.5 artículos científicos en revistas indexadas en ISI	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad											0,5	Promedio Artículos científicos publicados en revistas indexadas en ISI	Número de artículos científicos publicados en revistas indexadas en ISI / Número total de investigadores de planta del GAI	Eficacia	Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones					
						Factor de Impacto ISI de las revistas en las que se publicó	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad											>=0,8	Promedio factor de Impacto ISI	sumatoria de resultados FI por revista en ISI /Total de artículos publicados de Investigaciones GAI	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
						Mejorar el Factor de impacto promedio de publicaciones en google scholar	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad											>=2,0	Factor de impacto promedio	(Número de citas efectuadas en el año evaluado, de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación * 1 / Total de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación) GAI	Eficacia	Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones					
		Incrementar la cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones mínimo en 50%	Participar en redes de investigación nacionales e internacionales	10%	Re-activar la red nacional de investigación en cáncer	60%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Tareas Específicas						0,5						1	Documento de estatutos de la red nacional de investigación en cáncer firmados	Documento de estatutos de la red nacional de investigación en cáncer firmados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Incrementar la participación de proyectos en la red de investigación internacional (SWOG)	40%	Coordinador Grupo Área Investigaciones, Coordinador Grupo Área Investigación Clínica	Tareas Específicas												1	Proyectos nuevos con la red de investigación internacional (SWOG)	Número de proyectos nuevos con la red de investigación internacional (SWOG)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Investigaciones				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones mínimo en 50%	Crear cooperación interinstitucional	10%	Formulación y ejecución de proyectos interinstitucionales con participación activa	80%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad											5	Proporción de proyectos nuevos con participación de dos o más instituciones	Número de proyectos aprobados con participación de más de una institución / INV-27EN Total de proyectos aprobados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
						Propuesta de conformación de Cooperación para manejo de proyectos de investigación	20%	Subdirección General de Inv.	Proyectos especiales						1							Porpuesta de conformación de Cooperación para manejo de proyectos de investigación	Documento presentado al Comité Directivo	Eficacia	Subdirección General de Inv.				
		Mejorar la oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionados con proyectos	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución del proyecto	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución el proyecto	7%	Alcanzar como mínimo 60% de proyectos con primera publicación científica sometida antes del año respeto a finalización de ejecución	100%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad											60%	Oportunidad de publicaciones científicas de los proyectos de investigación	Número de proyectos con primera publicación sometida en el primer año de finalizada la ejecución /Número total de proyectos con ejecución finalizada	Eficacia	Líder de monitoría					
			Lograr el cumplimiento del cronograma del proyecto en al menos el 70% de los proyectos	Mejorar el cumplimiento del cronograma del proyecto en al menos el 70% de los proyectos	10%	Construir la línea de base de la oportunidad de la Unidad de analisis	40%	Coordinador Grupo Área Unidad de análisis	Productividad						100%						Construir la línea de base de unidad de analisis	Construir la Línea de base 2017	Eficacia	Coordinador Grupo Área Unidad de analisis					
						Mejorar cumplimiento del cierre de proyectos de investigación	60%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad											>=60%	Porcentaje de estudios de investigación cerrados	{Número de proyectos cerrados}[(Total de proyectos planeados para cierre en el periodo) x100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
Objetivo del control del cáncer	Prevención	Contribuir a la estandarización del manejo de la enfermedad en el país	Número de guías desarrolladas mínimo en 3	Desarrollo de guías de practica clínica	10%	Asesorar metodológicamente la creación o actualización de guías o protocolos clínicos prioritizados	100%	Coordinador grupo investigación clínica	Productividad							50%				100%	Porcentaje de protocolos o guías realizados	Número de guías o protocolos clínicos realizados/ Total de guías o protocolos clínicos prioritizados x 100	Eficacia	Coordinador grupo investigación clínica					
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Proceso INV con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad				100%		100%		100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV	(Numero de indicadores de proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad				100%		100%		100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV	(Numero de indicadores POA, proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo/Oficina Asesora de Planeación				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos apoy	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso INV	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso INV) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso INV + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente) / (Número total de Ítems definidos para el proceso INV) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso INV	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso INV / Total de contratos asignados al proceso INV para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras					
			Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso INV	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso INV / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad							
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad											75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso INV	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso INV / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						



AMARANTO SUAREZ MATOS
Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y Prevención



JOSÉ ALEXANDER CARREÑO
Coordinador Grupo Área de Investigaciones

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:		PSP-P01-F-02												
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:		02												
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL.														VIGENCIA:		25-03-2015												
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.														VIGENCIA DEL POA:		2017												
MISIÓN:		Somos una Institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.														VERSIÓN:		1												
PROCESO:		Proyectos de Salud Pública														PERÍODO DE EVALUACIÓN:														
OBJETIVO DEL LÍDER POA		Diseñar, desarrollar e implementar acciones en control del riesgo, detección temprana, evaluación y seguimiento de servicios oncológicos y vigilancia epidemiológica para el control del cáncer en Colombia																												
		Coordinador Grupo Área de Salud Pública																												
EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento		
Objetivos del control de cáncer	Prevención	Contribuir a la reducción de la prevalencia de VPH oncogénico en el país	Medir la prevalencia de VPH 16/18 en mujeres de 16 a 18 años y en lesiones pre-neoplásicas	Participar en la definición de Política Pública	8%	Avanzar en la cobertura del monitoreo de vacunación contra el VPH de mujeres 18 a 25 años	50%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer y Coordinador Grupo de Investigación de Biología del Cáncer	Tarea Específica						50%								Porcentaje de avance en la implementación del piloto de monitoreo de la vacunación contra el VPH	Número de actividades cumplidas / Número de actividades programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer y Coordinador Grupo de Investigación de Biología del Cáncer				
						Diseño de una estrategia para el trabajo intersectorial para favorecer el monitoreo de vacunación contra el VPH que incluya mínimo una jornada de socialización en una de las ciudades priorizadas.	50%	Coordinador Grupo Área de salud pública / Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Específica									1			Documento con estrategia política diseñada para el trabajo intersectorial para favorecer el ejercicio del monitoreo de vacunación contra el VPH en el nivel territorial de las ciudades priorizadas.	Un documento con estrategia política diseñada y evidencia de jornada de socialización	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social						
		Contribuir a la reducción del consumo de tabaco en el país	Prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11%.	Participar en la actualización de política pública	5%	Someter el documento técnico Movilización Social para el control del cáncer en Colombia reeditado con tecnologías de la información y comunicación para desarrollar estrategias dirigidas a niños, niñas, adolescentes y adultos que coadyuvan a disminuir la prevalencia en el consumo del tabaco	100%	Coordinador Coordinador Grupo Área de salud pública / Coordinador Grupo Políticas y Movilización	Productividad											1		Documento técnico sometido al Comité Editorial del INC	Un documento técnico sometido	Productividad	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social					
				Desarrollar y divulgar guías de práctica clínica para la cesación de tabaquismo	9%	Someter el artículo sobre cumplimiento de la estrategia MPOWER en la que está Colombia	90%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social Coordinación Grupo Área Salud Pública	Productividad								50%						Artículo sometido "Cumplimiento de la estrategia MPOWER en la que está Colombia en la que está Colombia"	Artículo sometido "Cumplimiento de la estrategia MPOWER en la que está Colombia en la que está Colombia"	Productividad	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica Líder técnico Grupo Políticas y Movilización Social Coordinación Grupo A Salud Pública				
			Contribuir a la implementación de estrategias para la educación			Gestionar financiación para el proyecto de implementación de las estrategias de cesación tabáquica a recursos nacionales e internacionales.	10%	Coordinación de Grupo Área de Unidad de Análisis Coordinación de Grupo Área de Salud Pública	Tarea Específica											1		Proyecto de implementación de las estrategias de cesación tabáquica aplicado a recursos nacionales e internacionales.	Recursos aprobados para proyecto de cesación tabáquica	Eficacia	Coordinación de Grupo Área de Unidad de Análisis Coordinación de Grupo Área de Salud Pública					
			Monitoreo y vigilancia del cumplimiento de las políticas para el control del tabaco establecidas en el CMCT y la Ley 1335 de 2009 con énfasis en los componentes	6%	Realizar al menos dos jornadas de socialización del documento técnico reeditado de Movilización Social en una capital de departamento de alta prevalencia y en Bogotá, enfocadas en tabaquismo.	50%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Específica												1	1		Jornadas de socialización del documento técnico actualizado de Movilización Social en una capital de departamento de alta prevalencia y en Bogotá	Numero de Jornadas de Socialización realizadas	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
					Diseñar estrategias de comunicación y movilización social dirigidas a niños, niñas y adolescentes que coadyuvan a disminuir la prevalencia en el consumo del tabaco.	50%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social Apoyo: Asesoría de Comunicaciones	Tarea Específica										1					Documento de estrategias de comunicación y movilización social dirigidas a niños, niñas y adolescentes que coadyuvan a disminuir la prevalencia en el consumo del tabaco.	Un documento de estrategias de comunicación y movilización social	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Detección temprana	Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto)	Proporción de laboratorios de tamización cubiertos con programas de control de calidad mínimo en 90%.	Medición de coberturas de tamización	3%	Plan de Asistencia Técnica y Seguimiento sobre al menos 8 Servicios de mamografía en Bogotá	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Especifica						2		2		2		2	Servicios de mamografía con asistencia técnica	Número de servicios mamográficos con asistencia técnica	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer					
			Cobertura de la tamización en población objeto - Cuello uterino mínimo en 85% en los últimos tres años - Mama mínimo en 70% - Colon y recto mínimo en 30%	Participación en la educación a la comunidad y personal de salud	7%	Asesoramiento en el montaje y evaluación de programas de detección temprano en cancer con aseguradoras y otras entidades del sistema.	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer Coordinador de Grupo Área de Salud Pública	Tarea Especifica					1									Mesa de trabajo realizada sobre el análisis participativo con el fin de mejorar el reporte de las coberturas de tamización	Mesa de trabajo realizada sobre el análisis participativo con el fin de mejorar el reporte de las coberturas de tamización	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer Coordinador de Grupo Área de Salud Pública				
						Realización de cursos de educación virtual a profesionales de la salud, relacionados con la prevención y detección temprana del cáncer	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer Coordinador de Grupo Área de Salud Pública	Productividad						2	2	2	2	2	2	2	Capacitación virtual relacionado con la prevención y detección temprana	Número de cursos virtuales impartidos a profesionales de la salud vinculados con la prevención y detección temprana del cáncer (mama, cuello uterino y colon y recto).	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer Coordinador de Grupo Área de Salud Pública					
	Salud Pública	Cumplimiento de reportes programados en 100%	Mejorar la divulgación de resultados hacia la comunidad general (comunicación y apropiación social del conocimiento)	15%	Elaborar 2 boletines de con reportes de redes sociales	20%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica							1						1	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletines de con reportes de redes sociales	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública					
					Elaborar y someter 1 boletín epidemiológico del INC vol 10 2017	20%	Coordinador Grupo vigilancia epidemiologica del cáncer	Tarea Especifica											1		Boletín epidemiológico sometido a Comité Editorial	Un número de boletín epidemiológico sometido a Comité Editorial	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
					Elaborar y someter 1 Anuario estadístico 2015	20%	Coordinador Grupo vigilancia epidemiologica del cáncer	Tarea Especifica												1	Anuario 2015 sometido a comité editorial	Un Anuario 2015 sometido a Comité Editorial	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
					Diseñar Informesobre el Plan de desarrollo Institucional 2015-2018	20%	Coordinador Grupo Área de Salud Pública Oficina de Comunicaciones Oficina Asesora de Planeación	Tarea Especifica												1	Informe sobre el Plan de Desarrollo Institucional	Documento sobre el Plan de Desarrollo Institucional	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
					Análisis de Mortalidad 2015	20%	Coordinador Grupo vigilancia epidemiologica del cáncer	Tarea Especifica													1	Publicación de las tablas en pagina web	Un documentos con las tablas con el análisis de la información mortalidad nacional 2015	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública					
	Fortalecer los programas de Vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	Vigilancia Epidemiologica del Cáncer Información de mortalidad																												
		Vigilancia de Política Publica: Participar en la formación de al menos una política publica	Fortalecer vigilancia de políticas	4%	Elaborar 12 boletines de políticas publicas y legislación	100%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica			1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletines publicados en página web sobre políticas públicas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
		Vigilancia de medios de comunicación	Disponer de la información de monitoreo de los medios al menos 10 meses	6%	Elaborar 3 boletines de seguimiento a medios de comunicación	75%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica				1								1	Boletín publicado en pagina web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación	Número de boletines de seguimiento a medios de comunicación	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
					Elaborar 1 boletín de seguimiento a servicios oncológicos	25%	Cordinador Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncologicos	Tarea Especifica												1	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletín de seguimiento a servicios oncológicos	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área de Salud Pública						
		Vigilancia Epidemiologica del Cáncer Información acerca de incidencia disponible en la web de manera interactiva	Hacer repositorio de datos de registro de cáncer, disponible de manera interactiva en la web	4%	Poner en operación el Repositorio de Información de Cáncer una vez esté el desarrollo informático realizado.	100%	Cordinador Grupo Área Unidad de Análisis	Tarea Especifica								100%							Repositorio en funcionamiento	Repositorio en funcionamiento	Eficacia	Cordinador Grupo Área Unidad de Análisis, Grupo vigilancia epidemiologica del cáncer				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el de	9		Desarrollar la vigilancia de la supervivencia	Consolidar los sistemas de medición de vigilancia de la supervivencia	4%	Medir la supervivencia en cáncer de mama colon y recto, gástrico y cuello uterino de 2013 a 1 y 3 años	100%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica			1			1			1			1	Tasas de supervivencia a 1 y 3 años de 2013	Informe tasa de supervivencia para el período		Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer				
			Consolidar el sistema de vigilancia de servicios oncológicos	Desarrollar la vigilancia de servicios oncológicos	4%	Diseñar y someter Proyecto de Investigación para Caracterización de la evaluación de la calidad de la atención en los servicios oncológicos del país.	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Productividad						1							Proyecto de investigación sometido para Caracterización de la evaluación de la calidad de la atención en los servicios oncológicos del país.	Proyecto de Investigación sometido para Caracterización de la evaluación de la calidad de la atención en los servicios oncológicos del país.	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos (tabaquismos, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo de carnes rojas y carne procesada, VPH, Hepatitis B)	Tener riesgos atribuibles específicos para Colombia	3%	Desarrollar el análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada.	100%	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública	Tarea Específica											100%		Análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada	Análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada	Eficacia	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública				
Objetivos del control del cáncer	Tratamiento	Contribuir a incrementar la oferta de servicios integrales de tratamiento oncológico.	Promedio de servicios oncológicos habilitados por IPS a mínimo 3,7 relacionado con tratamiento oncológico (4 servicios mínimo para grupo quirúrgico, 5 servicios mínimo para grupo consultas, 2 servicios mínimo para grupo apoyo) servicios por IPS en el país.	Participar el desarrollo de reglamentación de servicios oncológicos con base en el modelo del cuidado del paciente oncológico	3%	Elaborar proyecto de investigación sobre los resultados de la implementación de la resolución 1477 de 2016	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Específica				1									Proyecto de investigación sometido sobre los resultados de la implementación de la resolución 1477 de 2016	Someter Proyecto de investigación sobre los resultados de la implementación de la resolución 1477 de 2016	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Acompañar al MSPS en el proceso de habilitación de servicios oncológicos (reglamentario, técnico y operativo)	3%	Ejecutar el proyecto suficiencia de oferta de servicios en un ente territorial	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Específica											100%		Cumplimiento de cronograma del proyecto de suficiencia de oferta de servicios	actividades realizadas/ actividades programadas en el cronograma	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
	Cuidado paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	Tres (3) EPS con programa de servicio paliativo que incluye servicios habilitados por nivel de complejidad	Desarrollar de guías y protocolos para el cuidado paliativo	2%	Organizar al menos dos mesas de trabajo con el MSPS y actores interesados para el consenso del documento definitivo del Modelo de Cuidado Paliativo para el paciente oncológico	100%	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública Coordinación de Cuidado Paliativo	Tarea Específica			1		1								Mesas de trababaja documento definitivo Modelo de cuidado paliativo	Mesas de trabajo realizadas	Eficacia	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública Coordinación de Cuidado Paliativo				
			Definir el modelo para el cuidado paliativo en el sistema de salud colombiano	Participar en el desarrollo de reglamentación para los servicios de cuidado paliativo	4%	Diseñar y someter proyecto de investigación sobre Cuidado Paliativo de Base comunitaria	100%	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública Coordinación de Cuidado Paliativo Coordinación de Trabajo Social	Tarea Específica				1									Proyecto de investigación sometido sobre Cuidado Paliativo de Base comunitaria	Someter un proyecto de investigación sobre Cuidado Paliativo de Base comunitaria	Productividad	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública Coordinación de Cuidado Paliativo Coordinación de Trabajo Social				
						Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública / Coordinadores de Grupo	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso PSP	Proceso PSP con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Asesor de Calidad				
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Salud Pública / Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%		100%		Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso PSP	(Número de indicadores de proceso PSP con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso PSP programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad				100%				100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso PSP	(Número de indicadores POA, proceso PSP con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso PSP programados para registrar en el período) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
			Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora			13%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso PSP	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso PSP) / (Número de acciones de mejoramiento vendidas proceso PSP + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
			Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones			13%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso PSP entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso PSP entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso PSP) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
			Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo			12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública, Coordinadores de grupo y Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso PSP	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso PSP / Total de contratos asignados al proceso PSP para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras					
			Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso PSP	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso PSP / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso PSP	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso PSP / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

AMARANTO SUAREZ MATOS

Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y Prevención

GIANA MARÍA HENRIQUEZ MENDOZA

Coordinador Grupo Área de Salud Pública

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:	GSJ-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL														VIGENCIA:	25-03-2015
															Página 1 de 1	

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Apoyo Clínico	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:			
LIDER POA	Martha Garcia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Disminuir el reintegro en un 10%	Revisar los modelos de contratación con aseguradores	5%	Realizar mesa de trabajo con el coordinador del Grupo Área Comercial y del Ingreso para revisar las dificultades presentadas con las EPS	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Subdirector Administrativo Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gaica Coordinador Servicios Farmacéuticos Coordinador Grupo Hospitalización	Tareas Específicas											1	Acta mesa de trabajo	Acta de mesa de trabajo con conclusiones	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico					
				Fortalecer y mejorar el seguimiento del paciente	2%	Aumentar la cobertura del plan egreso para las patologías con mayor morbilidad en dos (2) patologías adicionales. Se requiere recursos para su ejecución	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Hospitalización	Productividad							<=12,5%					<=12,5%	Porcentaje de cobertura plan de egreso hospitalario de las (2) patologías adicionales	Número de pacientes atendidos en el egreso hospitalario de las (2) patologías adicionales / Número total de pacientes con plan de egreso	Eficacia	Enfermera Plan de egreso del paciente				
			Oportunidad en la asignación de citas	15%	Mejorar la programación de quimioterapia ambulatoria on un 5%	70%	Coordinador Quimioterapia 24/7	Productividad												5%	E-Productividad Hospital día (Giro Silla) 2015-2016	[Número de pacientes en Quimioterapia Hospital día]/[Disponibilidad de cupos para Quimioterapia]	Eficacia	Enfermera Quimioterapia 24/7					
					Disminuir el tiempo de respuesta de referencia y contrareferencia	30%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Productividad	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	<= 12 horas	AOG-IND-374 Oportunidad en la respuesta de respuesta a la solicitud de remisión	Sumatoria de horas hábiles transcurridas entre la solicitud de la referencia al INC y la respuesta a la misma/Total de solicitudes de referencia del INC	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria						
			Evaluar factores que prolongan estancia hospitalaria	20%	Mejorar la interacción entre el INC y los familiares del paciente con estancia prolongada con el fin de optimizar la comunicación, las condiciones y el tiempo del egreso	40%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de gestión de pacientes con estancia prolongada hospitalización	Pacientes gestionados por estancia prolongada en Hospitalización / Total pacientes con estancia prolongada en Hospitalización x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria					
							Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de gestión de pacientes con estancia prolongada GAICA	Pacientes gestionados por estancia prolongada en Gaica / Total pacientes con estancia prolongada en Gaica x 100	Eficacia	Coordinador Grupo GAICA				
					Realizar mesas de trabajo para revisar el impacto que tienen las estancias prolongadas en la emergencia funcional	60%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria Coordinador Grupo GAICA	Calidad				1				1			1	Acta de mesa de trabajo	Acta que relacione si las estancias prolongadas influyeron en la emergencia funcional	Eficacia	Coordinador Grupo Gaica						
			Disponibilidad de médico tratante	5%	Disminuir de 70 a 50 minutos el tiempo de espera para las consulta	100%	Coordinador Grupo Consulta Externa	Productividad	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	<= 50 min	Tiempo de espera para la consulta primera vez	(Tiempo de espera para la consulta primera vez 2017 - Tiempo de espera para la consulta primera vez 2016)	Eficacia	Coordinador enfermería consulta externa					
			Medición de la intensidad de dosis	5%	Implementar proyecto de atención farmacéutica de sobredosificación	100%	Grupo Servicios Farmacéuticos	Productividad	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	$\frac{8}{50} \times 100$	Atención farmacéutica de sobredosificación	Número total de fórmulas de sobredosificación erradas/total de fórmulas	Eficacia	Coordinador Servicios farmacéuticos					
			Oportunidad en la intensidad para cánceres prioritizados, mama, cuello uterino, estómago, próstata, linfoma cutáneo, leucemia pediátrica, tumores neuroendocrinos	13%	Seguimiento al servicio Quimioterapia 24/7 para aumentar el giro silla a 3	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7	Productividad	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Productividad hospital día - giro silla	(Número de pacientes en Quimioterapia 24/7)/[Disponibilidad de cupos para Quimioterapia 24/7]	Eficacia	Coordinador Grupo área Enfermería				
			Realizar cruce de base de inventarios	5%	Realizar el cruce de inventarios en las base de datos (instituto vs instacount) en un 60%	100%	Coordinador Grupo Esterilización	Calidad	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	Porcentaje de inventarios (instituto vs instacount)	Número de inventario en instacount / Total de Items base de datos instituto	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización				
		Mejorar la trazabilidad en la atención del paciente	Modelo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente	Mejorar la oportunidad en la atención	5%	Hacer seguimiento al plan de atención al ciudadano	100%	Coordinador Grupo Gestión a Usuario	Calidad				25%				50%			75%		100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de atención al ciudadano	Número de actividades planeadas /Números de actividades totales	Eficacia	gestión a usuarios			

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis		
Atención de pacientes		Mejorar la satisfacción de los pacientes	Mejorar la satisfacción del usuario	Disminuir el número remisiones de devolución por mes	5%	Disminuir a 3% la remisiones de devolución por mes	100%	Coordinador Grupo Esterilización Unidad Funcional Ortopedia y Unidad Cirugía Reconstructiva	Calidad	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	Proporción de remisiones no utilizadas 2016-2017	(Número de remisiones no utilizadas)/(Número de remisiones entregadas)	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización						
			Porcentaje de satisfacción mínimo en un 93%	Desarrollar una política de humanización del servicio	Proyecto trazabilidad del paciente en GAICA mediante información prospectiva	80%	Sub Administrativa Coordinador grupo área gestión apoyo clínico Coordinador Grupo Gaica	Calidad				1										Documento proyecto trazabilidad del paciente en GAICA	Documento presentado y aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Gaica						
					Implementar proyecto trazabilidad del paciente en GAICA Sujeto a presupuesto	20%	Sub Administrativa Coordinador grupo área gestión apoyo clínico Coordinador Grupo Gaica	Calidad									20%			Porcentaje de implementación del proyecto trazabilidad del paciente en GAICA	Numero de actividades ejecutadas/ tota de actividades	Eficacia	Coordinador Grupo Gaica								
					Ejecución de los programas: comunicación, sala de duelo, sala de nutrición enteral ambulatoria y oratorio. Se requiere recursos para su ejecución	100%	Sub Administrativa Coordinador Grupo Enfermería Oncológica	Calidad									100%			Proyecto enfermería: programa de comunicación, sala de duelo, sala de nutrición enteral ambulatoria y oratorio.	Proyecto enfermería: programa de comunicación, sala de duelo, sala de nutrición enteral ambulatoria y oratorio.	Eficacia	Coordinador Grupo área Enfermería								
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC	Proceso GAC con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad							
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad				100%					100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso GAC	(Numero de indicadores de proceso GAC con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación						
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad				100%					100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores POA del proceso GTE	(Número de indicadores POA, proceso GTE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo/Oficina Asesora de Planeación						
						Corrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAC	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GAC) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GAC + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GAC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno						
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GAC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GAC	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GAC / Total de contratos asignados al proceso GAC para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras						
			Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GAC	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAC / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadores de grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GAC	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAC / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia

MARTHA GARCIA FERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Área Gestión de Apoyo Clínico

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL												CÓDIGO: VERSIÓN: VIGENCIA:		GSI-P01-F-02 02 26-03-2015			
																Página 1 de 1			
VISIÓN: En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																VIGENCIA DEL POA:		2017	
MISIÓN: Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																VERSIÓN:		1	
PROCESO: Diagnóstico y Estadificación																PERIODO DE EVALUACIÓN:			
OBJETIVO DEL PROCESO: Ruth Quevedo																			

501.0010

Objetivos para el desarrollo de procesos pagos	Gestión de imagen corporativa	Garantizar resultados académicos de la intervención y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de las estándares de excelencia.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Actualizar mapa del riesgo del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE	Proceso DYE con mapa de riesgos versión 3317	Eficacia	Auxiliar Administrativa oficina de calidad						
					Registrar y analizar la interpretación de indicadores de proceso en el período establecido	13%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad			100%		100%								100%	Porcentaje de cumplimiento de seguro y análisis de indicadores del proceso DYE	(Número de indicadores de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DYE programados para registrar en el período) * 100	Eficacia	Profesor Universitario Oficina Asesoría de Planeación				
					Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el período establecido	15%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad			100%		100%		100%						100%	Porcentaje de cumplimiento de seguro y análisis de indicadores POA del proceso DYE	(Número de indicadores POA, proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso DYE programados para registrar en el período) * 100	Eficacia	Profesor Universitario Oficina Asesoría de Planeación				
					Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad			100%		100%		100%						100%	Presentación de cierre de acciones de mejoramiento del proceso DYE	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso DYE) / (Número de acciones de mejoramiento vendidas proceso DYE + Número de acciones de mejoramiento expiradas proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno				
					Cumplir el 100% con la entrega oportuna de nuevos puentes para el plan de adquisición	13%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Tareas Especiales		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente) / (Número total de temas definidos para el proceso DYE) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Organizativa			
					Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los controles a cargo	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de control con seguimiento	(Número de controles en el tiempo de supervisión/investigación aplicados al proceso DYE / Total de controles asignados al proceso DYE para supervisión y/o investigación) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras			
					Obtener el 65% en la satisfacción del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligación de Cumplir de Calidad (línea base 60%)	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso DYE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DYE / Sumatoria del total de puntaje formulados en cada examen aplicado al proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			
					Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estabilización Coordinadores de grupo	Calidad														100%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso DYE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DYE / Sumatoria del total de puntaje formulados en cada examen aplicado al proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			

JOSÉ ANTONIO AGOSTA
 Psicólogo(a) en el Área de Atención Médica y Psicológica

Coordinadora de grupo

Ruth Quevedo Serrano

RUTH QUEVEDO SERRANO

Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Evaluación

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Unidades Funcionales de Tratamiento	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:			
LIDER POA	José Antonio Acosta		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO									
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA		TIPO DE INDICADOR	Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis							
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente	Modulo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente orientado a la trazabilidad del paciente	Mejorar la oportunidad de atención	10%	Proyecto de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos	10,0%	Coordinador Unidad de Hemato Oncología Coordinador Grupo Rehabilitación y Terapias Coordinador Unidad Funcional Ortopedia Coordinador Grupo Cuidado Paliativo	Proyectos especiales						1							100%	Formulación del Proyecto de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos	Proyecto de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos formulado	Efectividad	Coordinador Hemato Oncología										
						Proyecto optimizar la unidad de Linfoma cutáneo desarrollar el programa fototerapias extracorporeo	10,6%	Coordinador Hemato Oncología	Proyectos especiales						1																					
						Proyecto de implementar la unidad de Mieloma Multiple	10,6%	Coordinador Unidad de Hemato Oncología Coordinador Grupo Rehabilitación y Terapias Coordinador Unidad Funcional Ortopedia Coordinador Grupo Cuidado Paliativo	Proyectos especiales						1																					
						Proyecto de fortalecimiento del soporte oncológico Pediatrico	10,6%	Coordinadora Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI) Coordinadora Grupo Área Soporte Oncológico	Optimización De Recursos						1																					
						Plan de optimización del servicio de gastroenterología	10,6%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Gastroenterología Oficina de Planeación	Proyectos especiales																											
						Proyecto unidad odontología con convenio con la universidad del bosque	10,6%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Unidad Funcional Cabeza y cuello	Proyectos especiales																											
Acompañamiento constante a los pacientes por primera vez y control, que presentan alto grado de vulnerabilidad	5%	Evaluar el desempeño de las unidades funcionales existentes	Productividad																																	
Oportunidad en la asignación de citas	5%	Mejorar la oportunidad de continuidad del tratamiento paciente en tratamiento activo	Productividad																																	
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la seguridad en la atención de pacientes institucionales	Mantener el índice de infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%	Educar a pacientes y profesionales de la salud de la institución	10%	Mejorar al 80% la adherencia a la estrategia de lavados de manos	10,0%	Coordinador Grupo Área Unidades Médicas, Coordinador Grupo Área Unidades Funcionales Coordinador Grupo Oncología Radioterapia Coordinadores de cada grupo	Calidad				80%				80%				80%															
						Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital	10,0%	Coordinador Grupo Área Unidades Médicas, Coordinador Grupo Área Unidades Funcionales Coordinador Grupo Oncología Radioterapia Coordinadores de cada grupo	Calidad																											
						Construir un presupuesto de los insumos, recurso humano y de comunicación para la implementación y ejecución de la estrategia del lavado de manos	10,0%	Enfermera Jefe oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones	Calidad				1																							
						Sujeto a presupuesto																														
						Diseño un curso pedagógico con actividad para las personas que no cumplan con la estrategia de la vado de manos el cual incluya el personal asistencial	10,0%	Subdirección de atención médica y docencia Enfermera Jefe oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones	Calidad																											
						Requiere recurso humano para su ejecución																														
						Aplicar la encuesta de cultura de seguridad del paciente al 70% los funcionarios y colaboradores del Instituto	10,0%	Gestor de Calidad de la Subdirección de Atención Médica	Calidad																											
						Socializar el programa de atención integral oncológica segura al 60% de los funcionarios	10,0%	Referente del Programa de Seguridad del paciente. Julián Burbano	Calidad																											

Objetivos para el desarrollo de procesos institucionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes Institucionales	Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	5%	Capacitar a los coordinadores en las actividades de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	80%	Ger Sub 'de la	Calidad			25%			80%		75%			Porcentaje de funcionarios (coordinadores) capacitados en farmacovigilancia y reactivovigilancia	(No. Funcionarios capacitados/Total funcionarios (coordinadores) INO)*100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente								
						Aumentar en el 5% el reporte de eventos relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Certificación Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica y Docencia	Calidad												Porcentaje de eventos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	No. de reportes de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia reportados en SIAP/INC IV - Eventos reportados en la vigencia anterior / Eventos reportados en la vigencia anterior	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente							
						Medir la adherencia al paquete institucional de Océanos por presión del programa de seguridad del paciente	50%	Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	Línea de base	N-Tasa de Océanos por presión	(Número de pacientes que desarrollan Océanos por presión en la institución en el periodo)/(Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización)	Efectividad	Referente del Programa de Seguridad del paciente							
						Incrementar el porcentaje de adherencia a los protocolos institucionales mínimo en 10%, en las patologías de mayor prevalencia, (mama, colon y recto y cuello uterino)	100%	Coordinador Grupo de Oncología	Calidad												100%	Porcentaje de adherencia al protocolo	N° de Items que cumple del protocolo de cáncer de mama, colon y recto y cuello uterino / el total de Items definidos por estudio clínico	Efectividad	Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica						
Objetivos para el desarrollo de procesos institucionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes Institucionales	Oportunidad en la asignación de citas	10%	Proyecto de Unidad de seguimiento (tener protocolo, contar con un espacio físico Regular presupuesto	14,9%	Subdirección Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas	Productividad											1	Proyecto de Unidad de seguimiento presentado	Proyecto de Unidad de seguimiento presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas								
					Ejecución del proyecto de servicio de medicina perioperatoria	14,9%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Salas de Cirugía	Proyectos especiales													100%	Porcentaje de ejecución del proyecto del servicio de medicina perioperatoria	Porcentaje de ejecución del proyecto del servicio de medicina perioperatoria	Eficacia	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria						
					Extender el modelo de Unidades funcionales a: Dermatólogos, Tócos, ortopedia	14,9%	Subdirector Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiera Oficina de Planeación Asesoría de Calidad	Proyectos especiales														100%	Porcentaje Unidades Funcionales consolidadas	Unidades funcionales consolidadas/Total Unidades programadas x100%	Eficacia	Subdirección Médica y Docencia					
					Aumentar la productividad de la capacidad instalada en un 85% para las salas de cirugía	14,9%	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria	Productividad				85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano)	[Sumatoria total de Horas Quirófano Utilizadas]/[Total de Horas Quirófano Disponibles]	Eficacia	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria					
					Disminuir la oportunidad de inicio de tratamiento de radioterapia a 45 días	14,9%	Coordinador grupo de Radioterapia Subdirección Administrativa y Financiera	Productividad	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia	(Días transcurridos entre la fecha de entrega del cuadro por física médica y la fecha e inicio del tratamiento)/[Total de tratamientos iniciados]	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia						
					Mejorar la oportunidad de continuidad de tratamiento paciente en tratamiento activo	14,9%	Coordinador de cada unidad funcional	Productividad	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	Oportunidad de continuidad de tratamiento paciente en tratamiento activo	(Días transcurridos de interrupción del tratamiento entre la fecha de inicio del tratamiento hasta la terminación del tratamiento)/[Total de tratamientos iniciados]	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia						
					Oportunidad de inicio tratamiento desde que que paciente llega con la orden autorizada hasta el inicio de la radioterapia	14,2%	Coordinador grupo de Radioterapia Subdirección Administrativa y Financiera	Productividad	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	<=10 días	Oportunidad de inicio tratamiento desde que que paciente llega con la orden autorizada hasta el inicio de la radioterapia (10 días)	(Días transcurridos entre la fecha de entrega de la autorización a radioterapia hasta la fecha de inicio del tratamiento)/[Total de tratamientos iniciados]	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia						
					Implementación de sistema SAP-ARIA de Radioterapia	5%	Implementación de la RED ARIA en Radioterapia	100%	Coordinador Grupo Área Radioterapia, Coordinador Grupo Área Tecnología Informática	Proyectos especiales												1	Informe de la implementación de la RED ARIA y el diagnóstico de la necesidad de la interfaz con SAP	Informe de la implementación de la RED ARIA y el diagnóstico de la necesidad de la interfaz con SAP	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia					
					Revisión y mejorar las contrataciones de mantenimiento de equipos de Radioterapia	8%	Controlar la ejecución del cronograma de los mantenimientos preventivos de los equipos de Radioterapia, bajo las indicaciones de cumplimiento y oportunidad de respuesta	25%	Coordinador Física Médica Coordinador Grupo Área Radioterapia	Optimización De Recursos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe del estado del funcionamiento de las máquinas y supervisión de ejecución del cronograma de los mantenimientos preventivos	Informe del estado del funcionamiento de las máquinas y supervisión de ejecución del cronograma de los mantenimientos preventivos	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia						
					Revisión y mejorar las contrataciones de mantenimiento de equipos de Radioterapia	8%	Revisar cumplimiento de contratos vigentes de mantenimiento de equipos de Radioterapia	25%	Coordinador Grupo Área Oncología -Radioterapia Coordinador Grupo de Tecnología Biomédica	Optimización De Recursos												100%	Cumplimiento de lista de chequeo a contratos de mantenimiento	Lista de chequeo de cumplimiento de contratos de mantenimiento	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterapia					
					Capacitación in situ para los tecnólogos del INC en nuevas tecnologías	25%	Capacitación in situ para los tecnólogos del INC en nuevas tecnologías	25%	Coordinador Grupo Área Oncología -Radioterapia Docencia Grupo Bienestar y Capacitación	Proyectos especiales				1										Realizar capacitación in situ para los tecnólogos del INC en nuevas tecnologías	Capacitación realizada	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
					Simposio para los tecnólogos del país en nuevas tecnologías	25%	Coordinador Grupo Área Oncología -Radioterapia Docencia Grupo Bienestar y Capacitación	Proyectos especiales				1												Realizar simposio para los tecnólogos del país en nuevas tecnologías	Simposio realizado	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
					Elaborar el proyecto de nuevas tecnologías TOMOTHERAPY	25%	Coordinador de Radioterapia Oficina de Planeación-proyectos	Proyectos especiales												1				Elaboración ficha proyecto	Documento registrado oficina Planeación	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
					Propuesta de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	25%	Coordinador de Radioterapia Coordinador de Física Médica Coordinador de Unidad de Hemato Oncología	Proyectos especiales				1												Propuesta presentada al Subdirector Médica y Docencia	Propuesta presentada al Subdirector Médica y Docencia aprobada	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
					Implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	25%	Coordinador de Radioterapia Coordinador de Física Médica Coordinador de Unidad de Hemato Oncología	Proyectos especiales																Porcentaje de implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	Porcentaje de implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
					Propuesta del proyecto de la SBRT en el INC	25%	Coordinador de Radioterapia	Proyectos especiales																Propuesta presentada a la dirección	Propuesta presentada a la dirección	Eficacia	Coordinador de Radioterapia				
Medición de la intensidad de dosis	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	2%	Gestionar la implementación de sistema de vigilancia de sobreexposición, a través del proyecto de Farmacovigilancia para administración de medicamentos.	100%	Coordinador Grupo Oncología Clínica Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos Coordinador Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales													60%	Porcentaje de intervenciones realizadas por Farmacia	(Número de intervenciones realizadas por Farmacia/Total de pacientes atendidos en la Farmacia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Servicio Farmacéutico								

VISIÓN:

En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.

MISIÓN:

Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

PROCESO:

Docencia

OBJETIVO DEL PROCESO:

Formular y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer; de manera individual o en convenio con Instituciones de Educación Superior; y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas.

LIDER POA

Coordinador Grupo Área Docencia

VIGENCIA DEL POA:

2017

VERSIÓN:

1

PERIODO DE EVALUACIÓN:

EJES	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de los procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicación en revistas por dedicación a la labor de investigador, mínimo en (dos) 2 por tiempo completo a la investigación.	Fortalecer las competencias en investigación en todas las áreas del instituto	7%	Realizar un curso de extensión y redacción de artículos científicos	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad						1						Curso de Extensión redacción de artículos científicos	Numero de personas certificadas / el numero de personas inscritas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia						
			Mejorar la integración de la investigación en la formulación del recurso humano		7%	Realizar un curso de competencia "Seminario de Docencia Universitaria" incluir mínimo (1) Un investigador	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad						1						Curso competencia docente	Numero de personas certificadas / el numero de personas inscritas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia						
	Docencia	Incrementar la oferta docente institucional	Número de programas nuevos con registro calificado mínimo en 10 (cabeza y cuello, dermatología oncológica, patología oncológica, oncología ocular, maestría en epidemiología, maestría en enfermería oncológica, doctorado en oncología, neurocirugía oncológica, imaginología oncológica, medicina nuclear, hematología)	Apertura de Programas nuevos en las áreas de subespecialidad oncológica: en alianzas con Instituciones de Educaciones Superior	30%	Renovar los registros calificados de 10 programas de especialidades oncológicas con la UMNG	25%	Coordinador Grupo Área Docencia y coordinadores de Unidades funcionales y grupos	Tareas Especificas									1	Documentos maestros radicados en el MEN para renovación de los registros calificados, de 10 programas de especialidades oncológicas con la UMNG	Registro renovados / registros planeados	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia								
						Radicar ante el Ministerio el documento de la Maestría en Enfermería Oncologica	15%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Área de Enfermería	Productividad									1	Documento radicado en el MEN del Programa nuevo de Enfermería Oncologica	Documento radicado de programa nuevo con registro calificado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia								
						Iniciar nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Patología Oncologica con otra universidad.	15%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Patología	Productividad										1	Documento maestro en Patología Oncologica elaborado	Documento elaborado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia							
						Iniciar nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Hematología.	15%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador U.F Hematología	Productividad										1	Documento maestro en Hematología elaborado	Documento elaborado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia							
						Iniciar nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Medicina Interna.	15%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Medicina Interna	Productividad										1	Documento maestro en Medicina Interna elaborado	Documento elaborado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia							
						Iniciar nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Neurocirugía.	15%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Neurocirugía	Productividad										1	Documento maestro en Neurocirugía elaborado	Documento elaborado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia							
						Número de estudiantes en rotación mínimo en 1000.	Mejorar la relación docente servicio en los convenios con instituciones de Educación Superior	Continuar con la formación del talento humano en docencia universitaria	20%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad										1	Docentes certificados	10 docentes clinicos certificados	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia					
								Revisar y ajustar el reglamento docente institucional	10%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						1						Resolución modificatoria reglamento docente	Reglamento docente actualizado	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Docencia				
								Mantener el indicador de satisfacción de la encuesta de evaluación de cumplimiento de convenio de las IES Institución Educación Superior	10%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						90%					90%	Porcentaje de cumplimiento de gestión de convenios	Número de IES que califican 3 y 4 / Total de encuestas aplicadas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Nivel de conocimiento de planos prioritizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso DOC	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DOC / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso DOC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad													75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso DOC	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DOC / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso DOC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			


JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia


SURELLA ACOSTA
Coordinador Grupo Área Docencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE															CÓDIGO:	GCO-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL															VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL															VIGENCIA:	25-03-2015

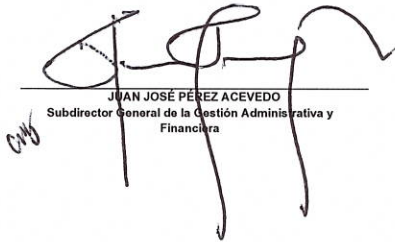
VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISSION:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la GCOestigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión Contable	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL LIDER POA	Coordinador Grupo Contabilidad		

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Reducción del costo de operación	20%	Análisis de la distribución de los costos por proceso y su impacto en los estados financieros	20%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje del costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso	Total costo mensual/ total de ingresos	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Generación y presentación de informe de análisis de cuentas relevantes de los estados financieros	80%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de informes generados	Número de informes generados/ Número de informes presentados	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
				Fortalecimiento del control del gasto	10%	Informe de elementos dados de activos fijos	100%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Especificas						<=80%						<=80%	Porcentaje del costo con respecto al total de activos fijos menor o igual al 80% del total del activo	Montos de activos movibles dados de baja/ total activos movibles	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional.	Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Seguimiento y toma de acciones para el mantenimiento o mejoramiento de los índices satisfactorios de transparencia y moralización	60%	Generar información contable de forma oportuna y en los tiempos establecidos por la normatividad vigente (GCO-IND-07), se implementara memorando de solicitud de información a las distintas áreas, que alimentan los informes periódicos bajo cronograma específico.	30%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de Informes Generados	Número de informes requeridos / Número de informes presentados en forma oportuna	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Seguimiento de la entrega de informes de áreas para el cierre contable en las fechas previstas	10%	Coordinador Grupo Contabilidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de Informes entregados a contabilidad para cierre	Informes entregados para cierre/informes solicitados por contabilidad para cierre	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Generación de Estados Financieros bajo NICSP	20%	Coordinador Grupo Contabilidad					100%		100%				100%			Porcentaje informes presentados	Número de informes presentados/ número de informes requeridos	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Elaborar y tramitar las declaraciones tributarias establecidas por la normatividad vigente	10%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de declaraciones presentadas	Número de declaraciones requeridas/Número de declaraciones presentadas oportunamente	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Obtener un dictamen de la revisoría fiscal sin salvedades (Sin salvedad 100%, con 1 salvedad 90% con 2 salvedades 80%)	15%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad				100%									Dictamen de revisoría fiscal	Número de salvedades en dictamen de revisoría fiscal	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Generar mesas de trabajo de acuerdo a los informes presentados por la revisoría fiscal	5%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Especificas				100%			100%				100%		Mesas de trabajo realizadas	Numero de mesas de trabajo/ informes presentados por la revisoría fiscal	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS O	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Seguimiento de sugerencias de la revisoría fiscal generadas en los informes	5%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Específicas											Sugerencias de revisoría fiscal aceptadas	numeros de sugerencias de revisoría fiscal/ sobre numero de sugerencias aceptadas por el proceso auditado	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad							
						Seguimiento de sugerencias de la revisoría fiscal gestionadas por el INC	5%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Específicas														Sugerencias de revisoría fiscal aceptadas y gestionadas	numeros de sugerencias de revisoría fiscal aceptadas / sobre numero de sugerencias gestionadas por el proceso auditado	Eficacia	Coordinador Grupo Contabilidad				
						Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO	Proceso GCO con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad							
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO	(Numero de indicadores de proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO	(Numero de indicadores POA, proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GCO	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GCO) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GCO + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GCO) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinador Grupo Contabilidad	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GCO) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GCO	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GCO / Total de contratos asignados al proceso GCO para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras							

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GCO	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCO / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCO) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad										75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCO	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCO / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCO) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						


ANA NANCY CAMELO
Coordinador Grupo de Contabilidad y Costos


JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO:		GSI-P01-F-02											
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:		02											
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VIGENCIA:		25-03-2015											
		Página No. 4 de 3																													
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																VIGENCIA DEL POA:		2017											
MISIÓN:		Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																VERSIÓN:		1											
PROCESO:		Gestión de Archivo y Documental																													
OBJETIVO DEL PROCESO:		Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.																PERIDO DE EVALUACIÓN:													
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia																													
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis		
				Programar y realizar capacitación en Gestión Documental dirigida a todos los funcionarios del INC	10%	Realizar dos capacitaciones masivas en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo dirigidas a todos los funcionarios del INC.	100%	Corodinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas							1					1		Capacitación en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo de archivo	Número de capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo realizadas en el trimestre	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Consolidar la estrategia de cero papel	10%	Formular y ejecutar el Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel en su componente gestión documental	100%	Corodinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas				1											Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel	Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
								Corodinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Productividad					100%				100%				100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel, componente gestión documental	Actividades ejecutadas en el periodo/Total de actividades del periodo	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Socializar el programa de Gestión Documental en el INC	10%	Sensibilizar a todos los funcionarios por medio de boletines electrónicos en el programa de Gestión Documental	100%	Corodinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental	Número de boletines electrónicos del programa de gestión documental elaborados y distribuidos	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Cumplimiento del programa de Auditoria Interna en un 90%	Lograr el 75% de cumplimiento en la organización de archivos de Gestión (Línea Base 2016 68%)	10%	Auditar los archivos de gestión de los 25 grupos más relevantes que generan transferencias documentales	30%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad							25								Auditoría en Archivos de Gestión	Sumatoria de grupos auditados en archivos de gestión	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
						Alcanzar el 75% la organización de los archivos de gestión	70%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad								75%						Procentaje de cumplimiento en la organización de archivos de gestión	Número de Grupos con Calificación "Cumplen" en la auditoria de archivos de gestión/20) *100	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
			Identificacion de factores de riesgo que incidan en actos de corrupcion	Formular y ejecutar el plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano	10%	Formular el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (en el componente de gestión documental	40%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Gestión a Usuarios	Tareas Especificas				1										Formulación Plan Anticorrupción 2017	Plan de Anticorrupción 2017 formulado con participación en el proceso	Eficacia	Profesional Especializado Oficina de Planeación					
							60%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Grupo Área Sistemas	Productividad						100%				100%			100%	Porcentaje de avance en la ejecución del Plan Anticorrupción 2017	Resultado Calificación Plan Anticorrupción con corte en el cuatrimestre	Eficacia	Profesional Especializado Oficina de Planeación					

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL														VIGENCIA:	25-03-2015

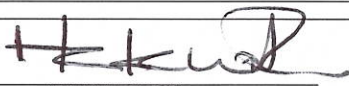
Página No. 2 de 3

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	PERÍODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

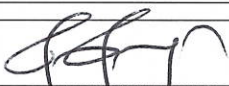
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de la información	Implementar 5 proyectos de tecnología de la información (Inteligencia de negocios, central de llamadas y telefonía, actualización de SAP, archiving de SAP e Historias.	Terminar la 2 Fase de los proyectos iniciados	20%	Terminar Fase 2 del proyecto Gestión Documental.	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas						100%						Porcentaje de implementación Fase II del Proyecto de Gestión Documental.	2 Fase Proyecto de Gestión documental aprobado por el comité de archivo	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Capacitar en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 - Componente Modulo de archivística	10%	Realizar Capacitaciones en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 - Componente Modulo de archivística	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia, Técnico grupo Gestión Documental y Correspondencia	Productividad										100%	Porcentaje de Capacitaciones Realizadas	Capacitaciones Realizadas en Módulo de Archivística / Total de Capacitaciones programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
				Capacitar en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 - Componente Modulo de archivística		Realizar 2 capacitaciones masivas en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 - Componente Modulo de Gestión Documental	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia, Técnico grupo Gestión Documental y Correspondencia	Productividad					1			1			Porcentaje de Capacitaciones Realizadas	Capacitaciones Realizadas en Módulo Gestión Documental / Total de Capacitaciones programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
			Porcentaje de cumplimiento de la estrategia de Gobierno en Línea 85%	Implementar un modelo de certificación digital que facilite al INC el proceso de la administración de la evidencia generada por el servicio CertiMail para Mejorar la integración con otras entidades del gobierno. Sujeto a recursos	10%	Ejecutar el modelo de certificación digital de correo electrónico certificado con validez jurídica y probatoria, para envío de notificaciones certificadas y demás documentos que se generen con naturaleza electrónica (si es aprobado en el año 2016)	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas								1				Implementación del Modelo de certificación digital CertiMail	Implementación del Modelo de certificación digital CertiMail (correo electrónico certificado)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	10%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Asesor de de Calidad	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD	Proceso GAD con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina Calidad					
	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido				13%		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad				100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD	(Numero de indicadores de proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
	Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido				13%		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Profesional Especializado de Planeación	Calidad				100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD	(Numero de indicadores POA, proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
	Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora				13%		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Asesor de de Calidad	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAD	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GAD) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GAD + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GAD) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno						
	Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos				13%		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GAD) * 100	Eficacia	Auxiliar administrativo Grupo Área Gestión Contractual						

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GAD	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GAD / Total de contratos asignados al proceso GAD para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Auxiliar administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GAD	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAD / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAD) * 100	Eficacia	Técnico de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GAD	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAD / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAD) * 100	Eficacia	Técnico de la Oficina Asesora de Planeación				



VIDA HELENA BAUTISTA
Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia



JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:		GSI-P01-F-02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSION:		02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:		25-03-2015																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		Página 1 de 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
VISIÓN: Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad. MISIÓN: Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública. PROCESO: Gestión Hotelera y Ambiental OBJETIVO DEL PROCESO: Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente. PROCESO- LIDER POA Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera		VIGENCIA DEL POA:																				2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		VERSION:																				1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		PERIODO DE EVALUACIÓN:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
EJE		LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO			POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Lider de proceso) requiere un seguimiento		SEGUIMIENTO (Of. Planeación) no requiere seguimiento																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

VISION:	Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISSION:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.		
LIDER POA:	Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelero		

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	Ejecución (Lider de proceso)		Seguimiento (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Indicador de Proceso	Análisis	Indicador de Resultado	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Fortalecimiento de la cultura de autocontrol	0%	Cumplir al 100% con las acciones del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	25%	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA 2017	Número de actividades de cronograma PIGA ejecutadas en el periodo / Número de actividades en cronograma PIGA programadas en el periodo	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Liderar e implementar dos (02) estándares con quince (15) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v:2015	25%	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			1		1		1					1	Cumplimiento de los criterios priorizados del sistema de gestión ambiental	Cumplimiento de los estándares priorizados	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Realizar seguimiento al cumplimiento de los servicios tercerizados (uno por cada aliado estratégico)	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Tareas Especificas			4		4		4					4	Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero	Número de Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero (uno por cada servicio)	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Gestionar y obtener el cierre del 100% de los siniestros institucionales	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Productividad			1		1		1			1		1	Reporte mensual de seguimiento a siniestros institucionales	Número de reportes de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Ejecutar el macroproyecto de ampliación, construcción y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	10%	Realizar la formulación del plan de Regularización y Manejo (PRM) y PEMP, sujeto a viabilidad legal	30%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelero	Proyectos especintos												100%	Planos PMR y PEMP	Planos (PMR y PEMP) elaborados	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental				
						Ejecutar el plan de obras del proyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, sujeto a viabilidad legal y financiera	40%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelero	Proyectos especiales						50%				75%		100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	(Número de actividades ejecutadas del proyecto / Total de actividades que conforman el proyecto)	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental				
						Gestionar la licencias para reforzamiento edificio Almacén y Farmacia e iniciar los tramites para aprobación de la licencia para la construcción de los puente metálicos	30%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelero	Proyectos especiales												100%	Gestión Licencia de reforzamiento y tramites de aprobación	Gestión de la Licencia de reforzamiento y tramites de aprobación	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental				
	Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la satisfacción de los pacientes	Porcentaje de satisfacción mínimo en 95%	Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo / Satisfacción tercerizado Soporte Hotelero	0%	Incrementar la satisfacción del Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) en 95%	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%		95%		95%		95%		95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria)	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de aseo en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de aseo) * 100	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
							Incrementar la satisfacción en servicio de vigilancia en 95%	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%		95%		95%		95%		95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia	(Número de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de vigilancia en la Institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir la satisfacción del servicio de vigilancia) * 100	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
							Incrementar la satisfacción del servicio de Alimentos para pacientes y funcionarios en 95%	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%		95%		95%		95%		95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de Alimentos	(Sumatoria de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de Alimentos en la Institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir satisfacción del servicio de Alimentos) * 100	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
							Incrementar la satisfacción del servicio de lavandería área asistencial en 95%	25%	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%		95%		95%		95%		95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de lavandería	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de lavandería en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de lavandería) * 100	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GHA	Proceso INV con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad				
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad			100%			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso GHA	(Número de indicadores de proceso GHA con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GHA programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad			100%			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores POA del proceso GHA	(Número de indicadores POA, proceso GHA con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GHA programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				

VISION:Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.

MISION:Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

PROCESO:Gestión Hotelera y Ambiental

OBJETIVO DEL PROCESO:Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.

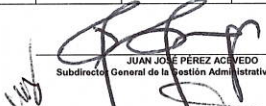
LIDER POA:Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera

VIGENCIA DEL POA:2017

VERSIÓN:1

PERIODO DE EVALUACIÓN:

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	Fórmula			Resultados en el periodo	Análisis	Resultados en el periodo	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad												Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GHA	(Número de acciones de GHA) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GHA + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GHA) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Tareas Específicas												Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GHA) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad												Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GHA	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GHA / Total de contratos asignados al proceso GHA para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras					
		Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.				Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad										Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GHA	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GHA / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GHA) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad							
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Soporte Hotelero y coordinadores de grupo	Calidad												Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GHA	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GHA / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GHA) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					



JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera



CARLOS ADOLFO VELANDIA
Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura



GLORIA MARQUERIT MOSCA BRUM
Coordinadora Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental



JANNETH PALAZAR VIRQUEZ
Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P04-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		VIGENCIA:	28-03-2016
			Página 1 de 1	

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.			VIGENCIA DEL POA:	2017
MISSION:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.			VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión del Gasto			PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO:					
LIDER POA:	Coordinador Grupo Área Planificera - Mario Moreno				

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PD	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Avance
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación Ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Fortalecimiento del control del gasto	10%	Medir el porcentaje de gastos no programados y presentar al comité de seguimiento financiero.	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno	Optimización De Recursos	0.5%	1%	1.5%	2%	2.5%	3%	3.5%	4%	4.5%	5%	5.5%	6%	Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento	Valor trasladado por funcionamiento / Valor apropiado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil				
						Optimización De Recursos	0.5%	1%	1.5%	2%	2.5%	3%	3.5%	4%	4.5%	5%	5.5%	6%	Porcentaje de gastos no programados en operación comercial	Valor trasladado en operación comercial/ Valor apropiado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil							
						Optimización De Recursos	0.5%	1%	1.5%	2%	2.5%	3%	3.5%	4%	4.5%	5%	5.5%	6%	Porcentaje de gastos no programados en inversión	Valor trasladado no programados en inversión / Valor apropiado	Eficacia	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Adriana Hernandez							
				Desarrollo de la directriz gubernamental sobre austeridad	10%	Medir el porcentaje de gastos no programados y reportar al comité de apoyo de la actividad contractual.	50%	Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual - Rubia Cárdenas	Optimización De Recursos			1			1			1	Informe de Porcentaje de Items no programados en el plan anual de adquisiciones inicial	Número Items NO programados / Total de Items del plan anual de adquisiciones inicial	Eficacia	Grupo Compras - Angélica Cuellar							
						Optimización De Recursos	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	Razonabilidad de los inventarios	No de Item con diferencia / Total de item contados	Eficacia	Grupo de Almacén y Activos Fijos - Lila Alvarez							
						Optimización De Recursos												100%	Cumplimiento del plan de austeridad componente presupuestal	Valor gestionado/Valor definido por el gobierno	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil							
		Cumplir el 100% de las necesidades, ejecutando el 90% del presupuesto de gastos.	Mejorar el seguimiento a la ejecución presupuestal	20%	Consolidar el anteproyecto y proyecto de presupuesto	25%	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil Oficina Asesora de Planeación - Adriana Hernández	Tareas Especificas				100%							Anteproyecto de presupuesto nación	Anteproyecto nación de presupuesto elaborado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Adriana Hernandez							
								Tareas Especificas											100%	Proyecto de presupuesto	Proyecto de presupuesto empresa elaborado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Adriana Hernandez						
					Elaborar y enviar a los supervisores, Informe mensual sobre ejecución de los contratos	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno	Tareas Especificas	1		1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de ejecución de los contratos	Un informe de ejecución de los contratos, elaborado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil							
					Elaborar y enviar a los supervisores, Informe mensual sobre oportunidad en el trámite de las facturas	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno	Tareas Especificas	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	10 días	Oportunidad en el trámite de las facturas	Sumatoria (fecha de entrega central de cuentas - Fecha radicación de factura Correspondencia) / Total de facturas recibidas en el mes	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno							
	Tareas Especificas	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de seguimiento de las facturas	Un Informe de seguimiento de las facturas, elaborado y remitido a los supervisores	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno										
	Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal	15%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera - Mario Moreno	Tareas Especificas											<50%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto	Valor ejecutado / Valor apropiado	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil										
				Tareas Especificas											100%	Seguimiento a contratos ejecutados o liberados por proceso	No de contratos ejecutados o liberados / No total de contratos notificados por proceso	Eficacia	Grupo Presupuesto - Yaneth Gil										
				Realizar seguimiento al plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma	15%	Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual -Rubia Cárdenas	Tareas Especificas				20%			50%			100%	Porcentaje de Item Adjudicados	(Número de Items adjudicados en comité)/(Número de Items planeados en el Plan de adquisiciones iniciales	Eficacia	Grupo Compras - Angélica Cuellar								
	Mejorar la ejecución presupuestal						Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual -Rubia Cárdenas	Tareas Especificas							100%	Porcentaje de Item Adjudicados no programados	(Número de Items adjudicados no programados en comité)/(Número de Items no programados del plan anual de adquisiciones según cronograma	Eficacia	Grupo Compras - Angélica Cuellar										
								Ejecución del PAC - Recurso Nación	10%	Grupo Tesorería - Bernardita Jara	Tareas Especificas	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	Ejecución del PAC - Recurso Nación	Ejecución PAC/ (PAC Asignado mensual + Anticipos - Reducciones)	Eficacia	Grupo Tesorería - Bernardita Jara				
								Definir y concertar con las áreas técnicas el plan anual de adquisiciones	30%	Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual - Rubia Cárdenas	Tareas Especificas	1										Plan anual de adquisiciones	Plan anual de adquisiciones aprobado y publicado 2017	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual - Rubia Cárdenas				

[illegible]

MARIO MORENO
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE										CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL										VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL										VIGENCIA:	25-03-2015

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.		
PROCESO:	Gestión Comercial y del Ingreso	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Oportunidad en el inicio de tratamiento desde la consulta de primera vez en el Instituto máximo en 30 días	Mejorar la gestión institucional frente a los aseguradores (autorizaciones)	10%	Ampliar la cobertura del proyecto de autorizaciones con las diferentes entidades responsables de pago	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Proyectos especiales				>=80%		>=80%		>=80%			Porcentaje de entidades adheridas al proyecto de autorizaciones	(Número de entidades responsables del pago adheridas/ sobre total de entidades con contrato de prestación de servicios)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación							
																					Porcentaje de autorizaciones gestionadas	Numero de autorizaciones gestionadas / Total de autorizaciones requeridas	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación						
																					Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP	Σ(Día tramitado ante la ERP - Día de orden medica) / Total de autorizaciones solicitadas en el mes	Efectividad	Coordinador Grupo Facturación						
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Revisar los modelos de contratación con aseguradores	10%	Gestionar el 100% de los procesos de contratación para la venta de servicios	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad				100%								Porcentaje de contratos gestionados	Contratos gestionados / Contratos que se vencen en el trimestre (viables y vigentes)	Eficiencia	Coordinador Grupo Mercadeo						
				Mejorar la oportunidad de la facturación que ofrece el Instituto partiendo de la línea base	6%	Implementar modelo de facturacion integral por autorizaciones (sujeto a aprobación de la propuesta por parte de la Subdirección Administrativa)	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso		Productividad				1		1						Modelo de facturación implementado	Número de entidades con modelo de facturación implementado	Eficiencia	Coordinador Grupo Facturación					
				Oportunidad y rapidez en la facturación de cada uno de los servicios que ofrece el Instituto																										
				Tener 3 puntos de facturación integral		Disminuir el tiempo de espera de facturación en Laboratorio clínico	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso						<=28 min		<=28 min			<=24 min			<=20 min	Tiempo de espera de facturación en Laboratorio clínico	Sumatoria de la diferencia de la hora de la factura y la hora del digiurno / Total de facturas laboratorio clínico	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
				Centralizar por lo menos tres puntos de facturación integral para facilitar los trámites de paciente.	3%	Disminuir el tiempo de espera de facturación en Hospitalización	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso						<=105 min		<=90 min			<=75 min			<=60 min	Tiempo de espera de facturación en Hospitalización	Sumatoria de la diferencia de la hora de la factura y la hora de entrega de documentos de salida / Total de facturas hospitalizados	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
		Obtener una facturación anual con un incremento del	Realizar gestión de cobro para recaudar el 100% de la meta propuesta	10%	Obtener un recaudo equivalente a la vigencia del 2016 con un incremento del IPC mas 1 punto	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de metas de recaudo	(lValor total recaudado en el periodo / Total meta de recaudo mensual) * 100	Eficacia	Profesional Cartera							
					Obtener una facturacion equivalente a la facturacion año 2016 con un incremento del IPC mas 1 punto	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación	(Valor total facturado en el periodo/Total meta de facturación mensual)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación							

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		VIGENCIA:	25-03-2015

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión Comercial y del Ingreso	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	IPC más 1 punto	Asegurar la correcta y oportuna facturación de los servicios prestados	10%	Radicar el 80% de la facturación del mes anterior	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Porcentaje de radicación de la facturación del mes anterior	Vlr facturación radicada / Vlr facturación del mes anterior	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación					
			Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Elaboración de un plan de ventas (mercadeo)	5%	Generar la información de facturación año 2017 para ser comparada y analizada vs la producción	34%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Medición del plan de producción vs facturación 2017	Informe mensual de medición del plan de producción vs facturación 2017	Eficacia	Profesional Especiallizado Gestión Comercial Coordinador Grupo Facturación						
						Presentar el plan de ventas del instituto 2017 ajustado y elaborar el plan 2018 una vez al año	66%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d			1								Plan de ventas 2017	Un plan de ventas 2017 presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo						
				Identificar errores de los parámetros de los procedimientos facturables para notificarlos y hacer seguimiento	3%			Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d										1	Plan de ventas 2018	Un plan de ventas 2018 presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo						
						Realizar el 100% de los ajustes en la parametrización de los procedimientos	50%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Subdirector Administrativo y Financiero y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d										100%	Porcentaje de corrección de errores de parametrización en facturación	Número de errores macro corregidos / Número de errores macro reportados *100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación						
			Parametrizar el 100% de la homologación de los procedimientos No Pos	50%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Subdirector Administrativo y Financiero y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d											100%	Porcentaje homologación procedimientos No Pos	Número de homólogos parametrizados/ Número de procedimientos No Pos	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación								
			Dar respuesta y conciliar el 100% de la glosa pendiente y mantener actualizado:	5%	Gestionar la conciliación de la glosa antigua reiterada en un 100% del valor entregado al tercerizado a 31 de diciembre de 2016	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d				>=80%					>=80%			>=80%	Porcentaje de conciliación efectuada respondida	Valor de glosa conciliada / Valor de glosa reiterada a mayo 2013 total entregada para conciliación	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación					
		Dar respuesta a al 100% de la glosa pendiente a 2014 y vigencia 2015			Gestionar la conciliación de la glosa nueva reiterada	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d				>=80%				>=80%			>=80%	Porcentaje de glosa gestionada y conciliada	Glosa reiterada gestionada y conciliada / Total de la glosa reiterada	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación						
				Implementación de plan de ejecutivos de cuenta (encargados de ERP específicas)	2%	Medir cumplimiento de actividades de ejecutivos de cuenta encargados de ERP específicas	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d				100%			100%			100%	Cumplimiento de actividades	Actividades realizadas / Actividades Programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso						
						Desarrollar un plan de visitas	3%	Ejecutar el plan de visitas en un 100% al 30 de noviembre de 2017	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productivida d				100%			100%			100%	Porcentaje de ejecución del plan de visitas	(Número de visitas realizadas en el periodo / Total de visitas programadas en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
				Sujeto a disponibilidad de recurso y viabilidad por austeridad																									

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE										CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL										VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL										VIGENCIA:	25-03-2015

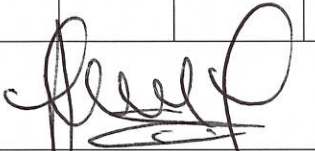
VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.		
PROCESO:	Gestión Comercial y del Ingreso	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

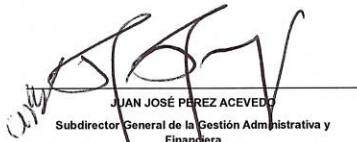
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	Implementar las seis (06) líneas de acción definidas en el plan de mercadeo	Generar Portafolio de servicios (actualizado digital y físico)	3%	Actualizar el portafolio de servicios institucional (digital y físico) a 30 de noviembre de 2017 Sujeto a disponibilidad de recurso	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Especificas										1		Portafolio de servicios	Portafolio de servicios actualizado y aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo					
				Sensibilizar y educar a las ERP sobre las ventajas en términos de los resultados de la atención integral y de los costos ligados a una atención con dichas características	5%	Implementar un plan de sensibilización y educación a las ERP	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Especificas						100%					100%	Porcentaje de mesas de trabajo realizaadas del plan de sensibilización y educación a las ERP	Número de mesas de trabajo realizadas / Número de mesas de trabajo programadas que componen el plan de sensibilización y educación a las ERP	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso					
				Desarrollar y entregar material POP (manillas, esferos, papeles, llaveros) a ERP.	2%	Actualizar Portafolio de servicios físico y produccion de material educativo e informativo Sujeto a disponibilidad de recurso y viabilidad por normatividad	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Especificas										100%		Material POP y merchandising	Material POP y merchandising entregado.	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo					
			Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial.	Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial	3%	Incrementar en tres (2) puntos sobre la Línea base (91%) la satisfacción de ERP. Se mide anual	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad							93%			93%	Porcentaje de satisfacción de ERP	Total entidades satisfechas / Total entidades encuestadas de acuerdo al periodo contractual	Eficiencia	Coordinador Grupo Mercadeo						
			Generar y aplicar ranking al 80% de las entidades contratadas	Generar y aplicar ranking al 80% de las entidades contratadas	5%	Elaborar el ranking al 100% de las entidades contratadas	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Tareas Especificas			1				1			1	Informe de ranking de las entidades contratadas	Informe trimestral de ranking de las entidades contratadas	Efectividad	Coordinador Grupo Mercadeo						
			Realizar la incorporación en plan de mercadeo de seis (6) servicios innovadores.	Definir y desarrollar 6 unidades o productos de negocio especiales(incluye paquetes)	5%	Incluir en la contratación con ERP dos (2) unidades, productos o paquetes definidos	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad										2	Oferta de unidades, productos o paquetes definidos	Número de unidades, productos o paquetes ofertados	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo						
						Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GCI	Proceso GCI con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad						
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad			100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GCI	(Número de indicadores de proceso GCI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		VIGENCIA:	25-03-2015

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión Comercial y del Ingreso	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de Imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad				100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GCI	(Número de indicadores POA, proceso GCI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GCI	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GCI) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GCI + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GCI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir el 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCI entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GCI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GCI	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GCI / Total de contratos asignados al proceso GCI para supervisión y/o interventoría)* 100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras					
		Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistema de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)			12%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GCI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad							
			Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)			12%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinadores de Grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DCC / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						


 AMANDA TRUJILLO PACHECO
 Coordinadora Grupo Área Gestión Comercial


 JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
 Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE															CÓDIGO:	GSIP01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL															VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL															VIGENCIA:	25-03-2015
																Página 1 de 1	

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.															VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.															VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de la Tecnología															PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL LIDER POA	Brindar orientación estratégica para acceder y mantener tecnología apropiada en salud de acuerdo con las necesidades institucionales; que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.																
	Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera																

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Ejecutar plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información	4%	Cumplir con el plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente para alcanzar el 75 % de la calificación FURAG.	100%	Grupo estandar Gerencia de Información. (sistemas - Analisis de Datos, Planeación, Comunicaciones, Gestiona Usuarios, Archivo y correspondencia)	Productividad								75%					Porcentaje de cumplimiento plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente	[Número de Estrategias cumplidas del plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente/ Número total de estrategias programadas del plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente]*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
				Realizar ajustes a la historia clínica que permitan Mejorar la estadificación TNM de la patologías que la requieran	5%	Realizar los de ajustes a la historia clínica que permitan Mejorar la estadificación de la patologías que la requieran	100%	Coordinador Grupo Área Sistemas / Subdirector Atencion Medica / Coordinador Hematología - Oncológica - Oncología Clínica	Calidad													Porcentaje de avance de ajuste para mejorar la estadificación TNM de la patologías en SAP	[Número actividades ejecutadas de ajuste para mejorar la estadificación TNM de la patologías en SAP /Número actividades programadas de ajuste para mejorar la estadificación TNM de la patologías en SAP]*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
				Implementar FASE I de software de Patología	5%	Etapa Precontractual FASE I software de Patología	50%	Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinador del grupo de patologia	Proyectos especiales						100%							Documento estudios previos FASE I software de Patología	Documento estudios previos FASE I software de Patología	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Implementación FASE I de software de Patología	50%															Porcentaje de avance Implementación FASE I software de Patología	Número actividades ejecutadas avance Implementación FASE I software de Patología /Número actividades programadas de la implementación FASE I software de Patología *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
				Realizar FASE II Proyecto BI	5%	Etapa Precontractual FASE II Proyecto BI	50%	Grupo estandar Gerencia de Información. (sistemas - Analisis de Datos, Planeación, Comunicaciones, Gestiona Usuarios, Archivo y correspondencia)	Proyectos especiales						100%							Documento estudios previos FASE II Proyecto BI	Documento estudios previos publicados del estudio FASE I Proyecto BI	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Desarrollar FASE II Proyecto BI	50%															Actividades de FASE II Proyecto BI	Número actividades ejecutadas avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI I /Número actividades programadas de avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI I *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
		Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información		Garantizar la disponibilidad del sistema mínimo en 98%	4%	Realizar las actividades técnicas procurando mantener la disponibilidad de los sistemas de TI por encima del 98%	100%	Grupo Área Sistemas	Productividad	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)	{Número de minutos disponible 7x24} {(Total de minutos del mes del Sistema (43200))	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
										>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP/ GTE-IND-01	{Número de minutos disponibles} {(Total de minutos del mes)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
				Administrar y sostener infraestructura de tecnología Informática actual	5%	Etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual	50%	Grupo Área Sistemas	Tareas Especificas						100%							Porcentaje de avance etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual	{Número de estudios previos entregados a la Subdirección Admin-infraestructura tecnología Informática / Número total de estudios previos-infraestructura tecnología Informática totales} * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Ejecutar labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática actual.	50%		Tareas Especificas													Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática	{Número de actividades realizadas de labores técnicas en tecnología informática / Número total de actividades programadas de labores técnicas en tecnología } * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO		
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de la tecnología	Renovar plataforma FASE I RIS-PACS Radiología- medicina nuclear		Renovar plataforma FASE I RIS-PACS Radiología- medicina nuclear	5%	Etapa Precontractual FASE I renovar RIS-PACS Radiología- medicina nuclear	50%	Grupo Área Sistemas	Productividad						100%						Documento estudios previos FASE I renovar RIS-PACS Radiología- medicina nuclear	Documento estudios previosFASE I renovar RIS-PACS Radiología- medicina nuclear	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas						
						Implementación de la FASE I de renovación RIS-PACS	50%	Coordinador Grupo area de diagnostico y coordinador grupo imaginología, coordinador grupo sistemas	Productividad										100%	Porcentaje de avance de implementación de la FASE I de renovación RIS-PACS	Número actividades ejecutadas avance Implementación FASE I renovar RIS-PACS Radiología- medicina nuclear /Número actividades programadas de FASE I renovar RIS-PACS Radiología- medicina nuclear *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas							
			Estrategia para medir lo niveles de los servicios de tecnologías de la información y la comunicación	Plantear y desarrollar Estrategia para la medición de niveles de servicios de tecnologías de la información y la comunicación	3%	Documento Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación	50%	Coordinador Grupo Área Sistemas	Productividad										Documento Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación	Documento Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas								
						Desarrollar la Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación	50%												Porcentaje de avance de Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación /Número actividades programadas de Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas									
			Porcentaje transacciones con tiempo de respuesta mayor a 1.500 milisegundos	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos	3%	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos (≤1500 milisegundos)	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	Tiempo de repuesta infraestructura SAP	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas						
		Optimizar la gestión de la tecnología biomédica	Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología	Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología	3%	Efectuar el despliegue de la política de gestión de tecnología en los servicios priorizados	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas											100%	Porcentaje de implementación de la política de Gestión de Tecnología	Número de servicios con implementación de la política de gestión de tecnología / Número total e servicios priorizados para implementación de la política de gestión de tecnología	Eficacia	Coordinador Grupo Área Ingeniería Biomédica						
					5%	Ejecutar el 100% de la adquisición de la tecnología biomédica (Macroproyecto equipo biomédicos) exceptuando externalidades	50%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Productividad												100%	Porcentaje de actividades ejecutadas del macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica	(Número de actividades ejecutadas del macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica /Total de actividades que conforman el macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Ingeniería Biomédica					
						Gestionar el 100% de las especificaciones técnicas de los equipos biomédicos, incluidos en el plan de necesidades	50%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Especificas												100%	Porcentaje de especificaciones técnicas elaboradas	Número de especificaciones técnicas elaboradas que fueron programadas en el periodo / Número de especificaciones técnicas requeridas programadas en plan de necesidades	Eficacia	Coordinador Grupo Área Ingeniería Biomédica					
			Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico biomédico en un 95% del tiempo.	Ejecutar el programa de uso seguro de la tecnología biomédica	5%	Cumplir con el 95% Plan de Mantenimiento 2016	100%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Productividad			25%			50%			75%			95%	Porcentaje de implementación del Plan de Mantenimiento 2017	(Número de mantenimiento cumplidos / Total de mantenimientos planeados en la vigencia) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Ingeniería Biomédica					
						Actualización de hojas de vida electrónicas, incluyendo los protocolos de mantenimiento preventivo al 50% de base instalada	40%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Especificas												100%	Porcentaje de hojas de vida electrónicas actualizadas	No hojas vida actualizadas / base instalada	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica					
						Cumplimiento del cronograma de rutinas de verificación de equipo biomédico al 100%	10%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Especificas				25%			50%			75%			95%	Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de mantenimiento	No de rutinas realizadas/ No de rutinas programadas en el año	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
						Cumplir con el programa de capacitación en los siete 7 servicios asistenciales en el Programa de uso seguro de la tecnología biomédica	10%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Especificas				2			3				5		7	Programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica	Numero de servicios asistenciales cubiertos con capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis		
						Cruzar la base de capacidad instalada de equipos biomédicos con SAP	30%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Productividad						1							Matriz de capacidad instalada de equipos biomédicos actualizada y validada	Informe de resultados de cruzar la base de capacidad instalada de equipos biomédicos con SAP	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica						
						Rediseño programa de uso seguro de las tecnología biomédicas	10%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Especificas			1									Programa de uso seguro de la tecnología Biomédica	Documento actualizado en el SIAPINC	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica							
						Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico	5%	Actualizar e Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico que lo requiera	100%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Productividad						25%			50%		100%	Porcentaje cumplimiento del plan de aseguramiento metrológico	(Número de mediciones realizadas / Total de mediciones planeadas en la vigencia) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica					
						Reducir la tasa de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica en un 50%	5%	Reportar y analizar el 100% de los incidentes, accidentes y eventos adversos asociados a tecnología biomédica	100%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Calidad				25%			50%			75%		100%	Gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnologías biomédica	Número total de Eventos adversos serios asociados al uso de dispositivos médicos gestionados/ Número total de Eventos e Incidentes adversos serios y no serios asociados al uso de dispositivos médicos reportados.	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
						Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas.	5%	Generar estrategias para reducir los tiempos de respuesta	50%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Calidad				25%			25%			25%		25%	Porcentaje de tiempo de respuesta	Promedio de horas de respuesta / Línea base 2016 tiempo de respuesta	Eficiencia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
								Reducir en un 25% el tiempo de resolución en la vigencia 2017	50%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Calidad				25%			25%			25%		25%	Porcentaje de tiempo de resolución	Promedio de horas de resolución / Línea base 2016 tiempo de resolución	Eficiencia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de la tecnología	Optimizar la gestión de la tecnología biomédica			4%	Realizar tres (3) ejercicios de vigilancia tecnológica anual	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Especificas											3	Ejercicios de vigilancia tecnológica	Número de ejercicios de vigilancia tecnológica realizados y presentados en comité de gestión de tecnología	Eficacia	Coordinador - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos							
						Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología	4%	Incluir en el proceso de inducción y reinducción la Política de Gestión de Tecnología	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos / Coordinador Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas										100%	Porcentaje de implementación de la política de Gestión de Tecnología	Número de servicios con implementación de la política de gestión de tecnología / Número total e servicios priorizados para implementación de la política de gestión de tecnología	Eficacia	Coordinador - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos						
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Medir y evaluar las tasas de supervivencia para las patologías seleccionadas. Tasas de supervivencia global a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino.	Implementación de clasificación pertinente y oportuna del estado del diagnostico del paciente	5%	Crear espacio en el sistema para el estado de los pacientes ajustado a la patología de los pacientes	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinadores de las Clínicas y Unidades Funcionales, Coordinador grupo area de sistemas	Tareas Especificas			100%									Modificar el SAP y el anexo de oncología ajustado a la estadificación diagnostica adecuada por patología	1 Desarrollo de actualización del Anexo de oncología en SAP adecuada	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas							
						Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTE	Proceso GTE con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad								
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad			100%				100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE	(Numero de indicadores de proceso GTE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario/Oficina Asesora de Planeación						

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad												Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE	(Numero de indicadores POA, proceso GTE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario/Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTE	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GTE) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso INV + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GTE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente) / (Número total de Ítems definidos para el proceso GTE) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GTE	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GTE / Total de contratos asignados al proceso GTE para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
		Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.			Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GTE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTE / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad							
					Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de grupo	Calidad											75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GTE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTE / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						

JUAN JOSÉ PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

OLGA ALVAREZ
Coordinador Grupo Área de la Tecnología Biomédica

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ
Coordinador Grupo Área de Sistemas

JAIR O AGUILERA
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL														VIGENCIA:	25-03-2015

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.														VIGENCIA DEL POA:	2017
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.														VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión y Desarrollo del Talento Humano														PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL LIDER POA	Propiciar, mantener y proveer oportunamente el talento humano competente de conformidad con las necesidades de la Institución.															
	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano															

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Resultado del Indicador	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA				Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Retener el talento humano institucional	Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano	Fortalecer el plan de capacitación	7,5%	Actualizar el Plan de capacitación	33%	Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad			1								Actualización del Plan de capacitación	Plan de capacitación aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
						Realizar seguimiento al plan de capacitación en los tres (3) ejes (Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES), plan de mejoramiento por evaluación del desempeño, mejoramiento de competencias)	33%							30%			60%		100%	Seguimiento al plan de capacitación	Porcentaje de cumplimiento del plan de capacitación en el periodo	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
						Actualizar, ejecutar y hacer seguimiento al programa de incentivos a través del reconocimiento de los mejores equipos de trabajo en los Proyectos de aprendizaje en equipo (PAE), clima organizacional y actividades que contribuyan a la acreditación del instituto.	34%		Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad				1								Programa de incentivos	Documento del programa de incentivos actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					
																				1		Cumplimiento del plan de incentivos individual	Informe de seguimiento al plan de incentivo individual	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
																				1		Cumplimiento incentivos otorgados a mejores equipos de trabajo	Informe de cumplimiento incentivos otorgados a mejores equipos de trabajo	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
																				1		Cumplimiento de incentivos otorgados a colaboradores	Informe de cumplimiento incentivos otorgados a colaboradores	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
	Revisar los modelos de contratación del personal teorizado y productividad pago por desempeño	7,5%	Ajustar, actualizar y entregar el 100% de los estudios previos correspondiente a planta adicional de acuerdo a los perfiles requeridos por la Subdirección Médica, Subdirección Administrativa y Subdirección de Inv. de acuerdo con los estándares de acreditación	100%	Subdirección Médica Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas Especificas											100%par a 2018	Porcentaje de estudios previos ajustados, actualizados y entregados de acuerdo a la norma de acreditación	Número de estudios previos ajustados, actualizados y entregados oportunamente / Estudios previos requeridos	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano									
de procesos apoyo humano	Retener el talento humano institucional	Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano	Plan de incentivos	7,5%	Propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano sujeto a disponibilidad de recursos	100%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Productividad							1				Propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano	Propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano presentada	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral								
					Elaborar el plan de necesidades del talento humano para el año 2018 de acuerdo al nuevo mapa, unidades funcionales y cargas de trabajo	12,5%	Coodinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano Jefe Oficina Asesora de Planeación	Optimización De Recursos										1		Plan de necesidades de Talento Humano	Plan de necesidades presentado	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
					Realizar seguimiento al Plan de vacantes institucional	12,5%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral	Optimización De Recursos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior	Informe seguimiento plan de vacantes dirigido a la dirección del periodo anterior	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano								
					Realizar seguimiento a la concertación de objetivos 100% de los funcionarios carrera administrativa	12,5%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral	Optimización De Recursos				1							Informe seguimiento a la concertación de objetivos	Un informe seguimiento a la concertación de objetivos	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral								
					Realizar seguimiento a la evaluación de desempeño al 100% de los funcionarios carrera administrativa	12,5%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral	Optimización De Recursos				1 Informe de segundo semestre de 2016					1 Informe primer semestre de 2017			Informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Un informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral							
					Realizar informe de la concertación del 100% de los funcionarios en provisionalidad	12,5%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Especificas				1								Informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Un informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral							

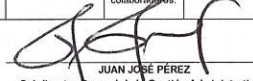
Ejes	Línea A	Objetivos Institucionales	Meta PDI	Estrategias	POND.	Compromisos	POND.	Responsable del Compromiso	Tipo de Compromiso	PROGRAMACION												Indicador	Indicador	Tipo de Indicador	Responsable de Indicador	Resultado del Indicador	EJECUCION		SEGUIMIENTO			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						NOMBRE	FORMULA	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivos para el desarrollo	Gestión del talento humano	Implementar un 100% plan para atracción de talento humano				Realizar informe de la evaluación del 100% de los funcionarios en provisionalidad	12,5%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Especificas				1								Informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Un informe seguimiento a la concertación de objetivos y evaluación de desempeño	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral								
						Incluir en el proceso de selección pruebas psicotécnicas, sujeto a asignación de presupuesto	12,5%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Especificas			1			1			1			1	Informe de pruebas psicotécnicas en proceso de selección	Informe de seguimiento de pruebas psicotécnicas en proceso de selección	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral							
						Revisar y hacer la propuesta del mejoramiento de la oferta pública de la página web del INC	12,5%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Especificas						1							Informe propuesta de mejoramiento de la oferta pública de la página web del INC	Un informe propuesta de mejoramiento de la oferta pública de la página web del INC	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral							
						Innovar en los mecanismos de remuneración	7,5%	Entregar nomina de planta dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Especificas	24	22	24	21	24	23	21	24	25	24	24	19	GTH-IND-09 Oportunidad de liquidación de salario personal de planta	{Sumatoria de tiempo entre el primer día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera del personal de planta}	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
								Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Especificas	30	28	30	28	31	30	28	31	20	30	30	27	GTH-IND-10 Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios	{Sumatoria de tiempo entre el primer día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera de supernumerarios y contratistas}	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
								Entregar ordones de pago de contratistas dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Especificas	27	27	28	26	26	28	26	29	27	27	28	22	GTH-IND-08 Oportunidad de la liquidación de salario personal de prestación de servicios	{Sumatoria de tiempo entre el primer día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera del personal de Contrato}	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
								Entrega de facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Area Financiera, dentro de los términos establecidos	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Especificas	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	GTH-IND-11 Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado	{Sumatoria de tiempo entre el primer día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera de cooperativ}	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
						Atraer el mejor talento humano	Garantizar el 100% del cumplimiento en la oportunidad de provisión de cargos de acuerdo con los criterios establecidos	Ejecutar el plan de contratación y vacantes	7,5%	Ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones	100%	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Calidad			100%			100%			100%		100%	GTH-IND-17 Porcentaje de procesos de selección de personal realizados oportunamente	{Sumatoria de procesos de selección de personal (provisional y contratos de prestación de servicio con persona natural) realizado entre los primeros 35 días hábiles}}{Total de procesos de selección de personal (provisionales y contratos de prestación de servicios con persona natural) realizados en el trimestre}}	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
						para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir a un rango entre 55 y 45% los trabajadores en riesgo psicosocial en nivel alto y muy alto	Revisar y ejecutar el plan de bienestar con actividades enfocadas a los estándares de acreditación	7,5%	Realizar seguimiento del Plan de Bienestar	34%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Productividad				1				1			1		Informe de seguimiento del plan de bienestar	Un informe de seguimiento del plan de bienestar	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	
		Ejecutar al 100% las actividades del Plan de Bienestar	33%	Coordinador Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Productividad																	100%	Porcentaje de ejecución del plan de Bienestar	Número de actividades realizadas del Plan de Bienestar/ Total de actividades programadas en el Plan de Bienestar	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación						
Realizar medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar	33%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Productividad										>=90% (primer trimestre)			>=90% (segundo trimestre)			>=90% (tercer trimestre)		Porcentaje de satisfacción de las actividades programadas por bienestar	Porcentaje de satisfacción de las actividades programadas para el periodo/Total de actividades programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
Desarrollar un programa para la promoción del liderazgo	7,5%	Ejecutar y hacer seguimiento al Plan de Promoción y Liderazgo	100%	Coordinador Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Productividad								100%			100%			100%		100%	Porcentaje de implementación del Plan de Promoción y Liderazgo	{Número de actividades ejecutadas del plan de promoción y liderazgo / Total de actividades que conforman el Plan de promoción y liderazgo}*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo							
													100%					100%		100%	Porcentaje de cobertura del plan de Promoción y Liderazgo	{Número de asistentes a escuela de liderazgo/ Número de líderes citados a escuelas de liderazgo}*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
																						Plan de vacaciones	Plan de vacaciones actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
Plan de vacaciones	7,5%	Actualización y seguimiento del plan de vacaciones	100%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Tareas Especificas					1												Informe de evaluación del plan de vacaciones	Informe de evaluación del plan de vacaciones presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
					Optimización De Recursos						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1											
			Garantizar la aplicación y armonización de políticas y		7,5%	Formulación de contenidos para inducción y reintroducción en página web para empleados	100%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Especificas							1			Formulación de contenidos para inducción y reintroducción en página web para empleados	Documento de contenidos para inducción y reintroducción en página web para empleados	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral										

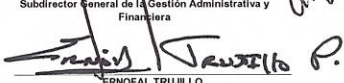
Asup

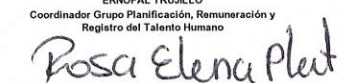
Ejes	Línea A	Objetivos Institucionales	Meta PDI	Estrategias	Pond.	Compromisos	Pond.	Responsable del Compromiso	Tipo de Compromiso	Programación												Nombre	Indicador	Formula	Tipo de Indicador	Responsable de Indicador	Resultado del Indicador	Ejecución		Seguimiento					
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							Analisis	% Avance obtenido	Analisis					
Objetivos			planes de talento humano en el modelo de contratación en el 100% de servicios tercerizados de más de 30 trabajadores.	Armonizar la política del Talento Humano con empresas que prestan servicios externalizados	7,5%	Hacer seguimiento a través de auditorías a empresas tercerizadas que cumplan con los estándares de acreditación en Talento Humano	100%	Grupo Área GTH - Grupo Ciclo de Vida Laboral, Grupo Bienestar y Capacitación, Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, Grupo Seguridad y Seguridad y Salud en el Trabajo	Tareas Especificas																										
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir al 0% la tasa anual de accidentalidad laboral.	Plan de Seguridad y Salud en el trabajo	7,5%	Disminuir en 1,5% la tasa de accidentalidad, comparado con la vigencia anterior (2016)	14,25%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Productividad	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	-1,50%	Índice de accidentalidad	Tasa real del periodo del año anterior - tasa real del periodo del año en curso. (No. De accidentes acumulados al mes /Total trabajadores)*periodo /meses del año	Efectividad	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo										
						Determinar y hacer seguimiento a las enfermedades profesionales comunes y laborales	14,25%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Tareas Especificas													Informe diagnóstico de enfermedades profesionales y comunes del INC funcionarios y colaboradores	Un Informe elaborado y presentado de diagnóstico de enfermedades profesionales y comunes del INC funcionarios y colaboradores	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo										
									Tareas Especificas													100%	Porcentaje de ejecución del plan de recomendaciones	No de recomendaciones generadas / No. funcionarios diagnosticados x100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo									
						Desarrollar plan de intervención de ausentismo laboral (de acuerdo con diagnóstico)	14,25%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo, Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Optimización De Recursos					1								1	Informe de ausentismo laboral	Informe de ausentismo laboral elaborado y presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo, Coordinador Planificación del Talento Humano									
																						100%	Porcentaje de implementación del Plan de intervención de ausentismo para disminución	Acciones del Plan de intervención de ausentismo implementadas/ Acciones del Plan de intervención de ausentismo planeadas x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo									
						Realizar seguimiento a planes de mejora de las investigaciones de accidentes de trabajo	14,25%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Calidad					100%					100%		100%		Porcentaje de planes de mejora cerrados de investigaciones de accidentes de trabajo / Total de acciones de mejora vencidas de investigaciones de accidentes de trabajo x100	Número de acciones de plan de mejora de investigaciones de accidentes de trabajo cerradas / Total de acciones de mejora vencidas de investigaciones de accidentes de trabajo x100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo									
						Realizar campañas de prevención de accidentes o incidentes laborales y disminución de la enfermedad laboral	14,25%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Tareas Especificas						1							1		Campaña de divulgación procedimiento de reporte de accidentes o incidentes laborales disminución de la enfermedad laboral	Número de campañas de divulgación realizadas	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
																					100%		% de cobertura en divulgación de accidentes o incidentes laborales y disminución de la enfermedad laboral	Número de personas capacitadas/ Número de personal objetivo	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo									
						Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y de la ARL	14,25%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Productividad													100%		Porcentaje de ejecución de plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y la ARL	Número de actividades realizadas del plan de trabajo de SST y de la ARL/ Total de actividades programadas plan de trabajo de SST y ldo a ARL	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
						Medir el clima organizacional y riesgo psicosocial	14,5%	Subdirección Administrativa Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo	Calidad															>=55%		Porcentaje de cobertura de la medición del clima organizacional y psicosocial	Número de funcionarios que aplicaron la encuesta de clima organizacional y riesgo psicosocial / Total de funcionarios del INC	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						

Asp

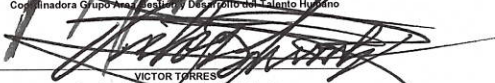
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Resultado del Indicador	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO			
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12								NOMBRE	FORMULA	ANÁLISIS
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	12%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH	Proceso GTH con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad							
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	13%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad					100%								100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso GTH	(Número de indicadores de proceso GTH con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTH programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	13%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad					100%								100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores POA del proceso GTH	(Número de indicadores POA, proceso GTH con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTH programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	13%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTH	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GTH) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GTH+ Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GTH) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	13%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GTH entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTH entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GTH) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	12%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría), proceso GTH	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GTH/ Total de contratos asignados al proceso GTH para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
		Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo) mínimo un 20% del total de funcionarios y colaboradores.		Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	12%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GTH	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTH / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTH) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad								
				Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinadora Grupo Área gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del Proceso GTH	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GTH	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTH / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTH) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad								

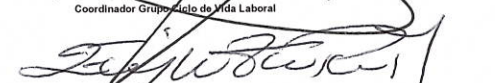

JUAN JOSÉ PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera


ERENOAL TRUJILLO
Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano


ROSA ELENA PLATA
Coordinadora Grupo Bienestar y Capacitación


ROSA ELENA PLATA
Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano


VÍCTOR TORRES
Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral


ERICA POVEDA
Coordinadora Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo