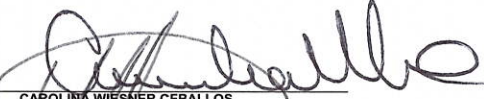


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																							CÓDIGO:	GSI-P01-F-03						
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																							VERSIÓN:	01						
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																							VIGENCIA:	05-05-2017						
VISIÓN: En 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:		2018					
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:		2					
PROCESO: Gestión del Sistema de Desempeño Institucional																								PERIODO DE EVALUACIÓN:							
OBJETIVO DEL PROCESO: Direccional, planificar, desarrollar, seguir, controlar y mejorar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad y satisfacción de los clientes.																															
LIDER POA: Directora General																															
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 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	Oportunidad y rapidez en la facturación de cada uno de los servicios que ofrece el Instituto	22,5%	Hacer evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	100%	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Análisis de Datos Coordinador Grupo de Facturación Jefe Asesor Oficina de Planeación y Sistemas	Tareas Específicas				1				1						1	Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP	Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
Gestión 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	Innovar en los mecanismos de remuneración	22,5%	Presentar al Ministerio de Salud un estudio de prorroga de la planta temporal	50%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Jefe Asesor Oficina de Planeación y Sistemas	Tareas Específicas				1												Documento del estudio de prorroga de la planta temporal	Un documento estudio de prorroga de la planta temporal	Eficacia	Técnico Administrativo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
	Mejorar la integración o infraestructura de las tecnologías de información	Implementar cinco (5) proyectos de tecnologías de información	Mejorar el manejo de infraestructura informática	22,5%	Presentar al Ministerio de Salud una propuesta de estudio técnico de modificación de estructura y planta global	50%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Jefe Asesor Oficina de Planeación y Sistemas	Tareas Específicas																Documento de la propuesta de estudio técnico de modificación de estructura y planta global y temporal	Un documento de la propuesta de estudio técnico de modificación de estructura y planta global y temporal	Eficacia	Técnico Administrativo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
Gestión de la Tecnología	Mejorar la integración o infraestructura de las tecnologías de información	Implementar cinco (5) proyectos de tecnologías de información	Mejorar el manejo de infraestructura informática	22,5%	Generar indicadores estratégicos, de procesos y de desempeño institucional mediante un sistema de información automatizado. (Inteligencia de negocios).	50%	Grupo estandar Gerencia de Información Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinador Grupo Área Análisis de Datos Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Asesor de Comunicaciones Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales																Porcentaje de ejecución de la FASE II Proyecto BI	(Número actividades ejecutadas avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI / Número actividades programadas de avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
Gestión de la Tecnología	Mejorar la integración o infraestructura de las tecnologías de información	Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Mejorar el manejo de infraestructura informática	22,5%	Diseñar el nuevo modelo de planeación y gestión institucional MIPG	50%	Subdirector Administrativo y Financiero Asesor de Calidad Asesor de Comunicaciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Control Interno Coordinadora Grupo Gestión y Desarrollo del Talento Humano Cordinador Grupo Área Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Calidad				1												Resolución Modelo MIPG	Resolución Modelo MIPG	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
Gestión de la Tecnología	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	22,5%	Posicionar en el país el sistema de información en cáncer y el observatorio epidemiológico del cáncer	50%	Coodinador Grupo Área Salud Pública Coordinador Vigilancia Epidemiológica del Cancer	Calidad				1						1					1	Sesiones del observatorio epidemiológico de cáncer	Número de sesiones del observatorio epidemiológico de cáncer	Eficacia	Profesional Especializado GASP				
Gestión de la Tecnología	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	22,5%	Promocionar el valor público del INC mediante los cumplimientos del plan de comunicaciones	50%	Asesor de Comunicaciones	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas	(Número de acciones comunicativas ejecutadas para el periodo/Total de acciones comunicativas programadas para el periodo)*100	Eficacia	Asesor de Comunicaciones					

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	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%	Generar un documento técnico de análisis de los riesgos y las propuestas de mitigación frente a la nueva oferta oncológica	10%	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector de Investigaciones	Tareas Especificas						1							Documento técnico que contenga 3 líneas de intervención	Documento técnico que contenga 3 líneas de intervención (Administrativa, asistencial e investigaciones)	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Lograr la titularidad de los predios institucionales así como las licencias de construcción	10%	Asesor Jurídico Interno Asesor Jurídico Externo	Calidad										1	Documento evidencia de la titularidad de los predios	Documento evidencia de la titularidad de los predios	Eficacia	Profesional Universitario Asesoría Jurídica						
						Obtener la habilitación	10%	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Atención Médica y Docencia	Calidad									1	Certificado de habilitación	Certificado de habilitación	Eficacia	Asesor de Calidad							
						Definir un modelo para la externalización para la gestión de la infraestructura y mantenimiento	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Tareas Especificas			1								Estudio previo entregado	Estudios previos	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental						
						Actualizar mapa del riesgos del proceso	10%	Directora General Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad								1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Proceso GSI con mapa de riesgos versión 2017	Eficacia	Profesional universitario oficina de calidad							
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	10%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad				100%					100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI	(Número de indicadores con análisis y dato del proceso GSI)/(Total indicadores del proceso de GSI)	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	10%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad				100%					100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI	(Número de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA del 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	10%	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%	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	10%	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%	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					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	10%	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%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e inventoria), 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 Área Gestión Contractual					

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
						Construcción del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022	33,3%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad									1				Acuerdo del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022	Acuerdo del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
			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	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		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%)	33,3%	Asesor de Calidad Asesor Jurídico Asesor de Comunicaciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Control Interno 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 de calidad aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntajes formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
						Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	33,3%	Asesor de Calidad Asesor Jurídico Asesor de Comunicaciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Control Interno Asesor Cooperación Internacional	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GSI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos del PDI aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntajes formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

OBSERVACIONES:
1. Se realiza modificación a la programación y responsable del indicador "Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP" de acuerdo al correo enviado el día 29 de Mayo de 2018 enviado por la Doctora Carolina Wiesner Ceballos
2. Se realiza modificación en la programación del indicador "Certificado de habilitación", de acuerdo al correo enviado el día 30 de Mayo de 2018, solicitado por la Dirección General
3. Se realiza modificación al indicador "Documento de la propuesta de estudio técnico de modificación de estructura y planta global y temporal" de acuerdo al Acta 001 del 28 de Junio de 2018 solicitado por Juan José Pérez y aprobado en la reunión de la misma fecha por la Dirección General. En el acta acuerdan retirar el compromiso "Presentar al Ministerio de Salud un estudio de prorroga de la planta temporal" pero dado que la solicitud se realizó después de la fecha programada en el POA no se puede realizar dicho cambio ya que fue evaluado en su momento


CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Dirección General

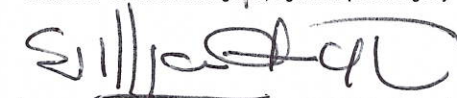

JESÚS ANTONIO ACOSTA
Subdirector General de Atención Médica y Docencia


ADRIANA PATRICIA HERNÁNDEZ BAQUERO
Jefe Oficina de Planeación y Sistemas


BUENAVENTURA ORDUY-BURGOS
Jefe Oficina de Control Interno


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


AMARANTO SUÁREZ
Subdirector General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y


WILLIAM FERNANDO CHARRY
Asesor de Cooperación Internacional


JORGE ORLANDO NEIRA ROLDÁN
Asesor Jurídico

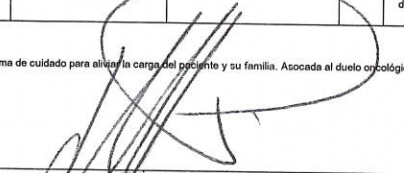
1103

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																		CÓDIGO:		GSI-P01-F-03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		VERSIÓN:		01								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VIGENCIA:		05-05-2017								
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:		2018								
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:		2								
PROCESO:		Gestión Apoyo Clínico																		PERIODO DE EVALUACIÓN:										
OBJETIVO DEL PROCESO:		Realizar oportuna y eficientemente la prestación de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cán																												
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico																												
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	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	
Avance de procesos misionales	n de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Disminuir el reingreso en un 10%	Revisar los modelos de contratación con aseguradores	8%	Realizar mesa de trabajo con el coordinador del Grupo Área Comercial y del Ingreso para revisar las dificultades presentadas con las EPS	100%	Subdirector Administrativo Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Cordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gaica Coordinador Servicios Farmacéuticos Coordinador Grupo Hospitalización Coordinador Grupo Banco de Sangre	Tareas Especificas						1							1	Mesas de trabajo	Acta de mesa de trabajo con conclusiones	Eficacia	Médico Grupo GAICA				
				Fortalecer y mejorar el seguimiento del paciente	10%	Seguimiento a la cobertura del plan de egreso hospitalario de los procedimientos definidos y que fueron cubiertos por el plan de egreso	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Área enfermería oncológica	Proyectos especiales	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Porcentaje de cobertura del plan de egreso hospitalario	(Número pacientes intervenidos quirúrgicamente con los procedimientos definidos y que fueron cubiertos por el plan de egreso / Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente con los procedimientos definidos) * 100	Eficacia	Enfermera Plan de egreso del paciente					
				Reingreso	10%	Disminuir el reingreso en un 1,8%	100%	Coordinador grupo gestión hospitalaria	Calidad	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	<=1,8%	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	(Pacientes que reingresan a hospitalización, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso.)/[Número total de egresos vivos en el periodo]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria						
			Oportunidad en la intensidad para cánceres prioritizados, mama, cuello uterino, estómago, próstata, linfoma cutáneo, leucemia pediátrica, tumores neuroendocrinos	Disponibilidad de médico tratante	3%	Seguimiento al servicio Quimioterapia 24/7 para aumentar el giro silla a 2,5 Se ajustará de acuerdo a volumen de pacientes	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7	Productividad	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	Productividad hospital día - giro silla	(Número de pacientes en Quimioterapia 24/7)/[Disponibilidad de cupos para Quimioterapia 24/7]/24	Eficacia	Coordinador Grupo Área Enfermería					
				Oportunidad en la asignación de citas	5%	Disminuir el tiempo de respuesta de referencia y contrareferencia	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Médico Grupo GAICA	Productividad	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	<= 48 horas	Oportunidad en la respuesta de respuesta a la solicitud de remisión	Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia al INC y la respuesta a la misma/Total de solicitudes de referencia del INC	Eficacia	Médico Grupo GAICA						
			Evaluar factores que prolongan estancia hospitalaria		8%	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	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria Coordinador Grupo Banco de Sangre	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de gestión eficiente de pacientes con estancia prolongada hospitalización	(Pacientes gestionados por estancia prolongada en Hospitalización / Total pacientes con estancia prolongada en Hospitalización) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria				
										100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA	(Pacientes gestionados por estancia prolongada en Gaica / Total pacientes con estancia prolongada en Gaica) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo GAICA					

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	Atención		Realizar cruce de base de inventarios	Realizar cruce de base de inventarios	8%	Realizar el cruce de inventarios en las base de datos (instituto vs instacount) en un 100% Base 2017 60%	100%	Coordinador Grupo Esterilización	Calidad											100%	Porcentaje de inventarios (instituto vs instacount)	$(\text{Número de inventario en instacount} / \text{Total de ítems base de datos instituto}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización						
		Mantener la seguridad de pacientes institucionales	Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Disponibilidad de médico tratante para sistema de vigilancia sobredosificación	8%	Gestión a recciones adversas a medicamentos	100%	Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos	Calidad	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	Farmacovigilancia (Gestión de sospechas de reacciones adversas a medicamentos)	$(\text{Número de sospechas de reacciones adversas a medicamentos analizadas y tramitadas}) / (\text{Número total de pacientes atendidos en servicios farmacéuticos en el periodo})$	Eficacia	Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos						
				Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	8%	Gestionar el 100% de los eventos adversos relacionados con farmacovigilancia y tecnovigilancia	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos	Calidad									100%	100%	100%	Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia	$(\text{No. de eventos adversos prevenibles de farmacovigilancia y tecnovigilancia reportados y gestionados en SIAPINC IV} / \text{Total de eventos reportados en el periodo}) * 100$	Eficacia	Referente de programas farmacovigilancia, tecnovigilancia						
			Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Educar a pacientes y profesionales de la salud de la institución	5%	Dar a conocer el resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Gestor de Calidad	Calidad											>=3,4	Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	Eficacia	Gestores de Calidad						
		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					100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de atención al ciudadano de acuerdo a seguimiento realizado por control interno	Porcentaje de cumplimiento del plan de atención al ciudadano de acuerdo a seguimiento realizado por control interno	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión a Usuario						
		Mejorar la satisfacción de los pacientes	Porcentaje de satisfacción mínimo en 93%	Desarrollar una política de humanización del servicio	5%	Elaborar programa de cuidado para aliviar la carga del paciente y su familia. Asociada al duelo oncológico	100%	Subdirector Administrativo Coordinador Grupo Enfermería Oncológica Gestor de Calidad- Humanización	Proyectos especiales										1		Documento programa de Cuidado para aliviar la carga al paciente y su familia	Documento programa de Cuidado para aliviar la carga al paciente y su familia	Eficacia	Coordinador Grupo Área Enfermería						
																			1		Diagnóstico prueba piloto en el servicio de Hematología	Informe con el diagnóstico de la prueba piloto en el servicio de Hematología	Eficacia	Coordinador Grupo Área Enfermería						
				Disminuir el número remisiones de devolución por mes	2%	Disminuir el número remisiones de devolución por mes	100%	Coordinador Grupo Esterilización Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria Unidad Funcional Ortopedia Unidad Cirugía Reconstructiva	Calidad	Mín: 10% Est: 15% Máx: 20%												Proporción de remisiones no utilizadas	$(\text{Número de remisiones no utilizadas}) / (\text{Número de remisiones entregadas})$	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización					
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.	5%	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador de Grupo Área Coordinador Grupo	Calidad												>=3,5	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	Resultado autoevaluación de acreditación estándares cliente asistencial	Efectividad	Gestores de Calidad					
Procesos apoyo	Asesoría	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	10%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad									1			Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC	Mapa de riesgos del proceso GAC actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad						
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC	$(\text{Numero de indicadores de proceso GAC con dato y análisis}) / (\text{Número total de indicadores de proceso GAC programados para registrar en el periodo}) * 100$	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC	$(\text{Numero de indicadores POA, proceso GAC con dato y análisis}) / (\text{Número total de indicadores POA, proceso GAC programados para registrar en el periodo}) * 100$	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAC	$(\text{Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GAC}) / (\text{Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GAC} + \text{Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GAC}) * 100$	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	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 p	Gestión de imagen corpo				10%	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad	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 ítems 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	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	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 Área Gestión Contractual				
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%			Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad						
	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	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)			Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad									85%	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								
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion 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						
OBSERVACIONES																														

OBSERVACIONES
1. Se modifica compromiso "Elaborar programa de cuidado para aliviar la carga del paciente y su familia. Asociada al duelo oncológico" e indicadores "Documento programa de Cuidado para aliviar la carga al paciente y su familia" y "Diagnóstico prueba piloto en el servicio de Hematología", mediante solicitud realizada por correo electrónico el día 24 de abril de 2018 y aprobado por el Dr. Jesus Antonio Acosta mediante correo electrónico el día 5 de Junio de 2018


JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirector de Atención Médica y Docencia


LILIA ESPERANZA GARCÍA
Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica


CAROLINA ARISTIZABAL
Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos


MARTHA GARCÍA FERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

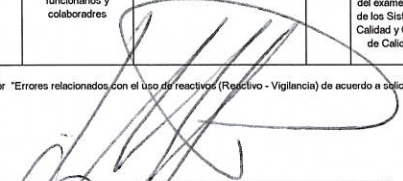

SANDRA PEÑUELA
Coordinador Grupo GAICA

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GSI-P01-F-03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:		01								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		05-05-2017								
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:		2018								
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:		2								
PROCESO:		Diagnóstico y Estadificación																	PERIODO DE EVALUACIÓN:										
OBJETIVO DEL PROCESO:		Prestar servicios de diagnóstico y estadificación a los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE con oportunidad y seguridad; apoyando las políticas de investigación, docencia y asesoría cuando sea requerido.																											
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación																											
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la seguridad en la atención de pacientes institucionales	Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	20%	Gestionar el 100% de los incidentes relacionados con reactivovigilancia	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Gestores de Calidad	Calidad	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Mín: 0 Est: 3 Máx: 9	Errores relacionados con el uso de reactivos (Reactivo-Vigilancia)	(Errores relacionados con el uso de reactivos)	Eficacia	Referente del programa reactivovigilancia						
			Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Educar a pacientes y profesionales de la salud de la institución	35%	Aplicar la encuesta de cultura de seguridad del paciente al 70% los funcionarios y colaboradores del proceso DYE	16,6%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Gestor de Calidad	Calidad										70%		Porcentaje de medición de la cultura de seguridad del paciente	(Numero de funcionarios encuestados en cultura de seguridad del paciente del proceso DYE/ Total de funcionarios y colaboradores de DYE) x100%	Efectividad	Gestores de Calidad					
							Dar a conocer el resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	16,6%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Gestor de Calidad	Calidad										1		Informe de medición de la cultura de seguridad del paciente para el proceso DYE	Un informe de medición de la cultura de seguridad del paciente para el proceso DYE	Eficacia	Gestores de Calidad				
							Socializar el programa de atención integral oncológica segura del proceso DYE	17,0%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad					65%							Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados del proceso DYE	No. Funcionarios capacitados en el programa de atención integral oncológica segura del proceso DYE/Total funcionarios y colaboradores del proceso DYE x100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Lograr adherencia a la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente mínimo 70% del MSPS que le apliquen al INC.			Garantizar la adherencia a la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente	16,6%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad											100%		Adherencia a la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente	Porcentaje de la adherencia a la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente para el proceso DYE	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Mantener el índice de infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%			Mantener al 80% la adherencia a la estrategia de lavados de manos del proceso DYE	16,6%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador de cada grupo	Calidad				>=80%				>=80%				>=80%		Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos del proceso DYE	(No acciones realizadas/ Total de oportunidades del proceso DYE) x100	Efectividad	Enfermera oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones			
						Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital	16,6%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador de cada grupo	Calidad											>=3/5		Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS	Avance y mejora en el cumplimiento de los cinco componentes del marco de evaluación y adherencia de los 27 indicadores de la estrategia multimodal Higiene de manos.	Efectividad	Enfermera oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones				
				Definir la ruta diagnóstica	14,5%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad				1										Ruta diagnóstica aprobada	Ruta diagnóstica para pacientes aprobada ante la Dirección	Eficacia	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación					
				Lograr que la oportunidad en el diagnostico patología alcance los 7 días hábiles	14,5%	Coordinador Grupo Patología Oncológica	Calidad	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	<=7 días	Oportunidad en la atención en Grupo de Patología	(tiempo transcurrido entre el registro de muestras y el momento en el cual es firmado el reporte)	Eficacia	Coordinador Grupo Patología						
				Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas para el PET	14,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Medicina Nuclear	Calidad	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Mín: 10 días Est: 15 días Máx: 20 días	Oportunidad en la toma del PET	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de PET y la fecha en la que se solicita / Número total PET realizadas	Eficacia	Profesional universitario Medicina Nuclear							

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	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Oportunidad en Estadificación diagnóstica para pacientes institucionales máximo en 20 días	Oportunidad en la asignación de citas	30%	Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas a 10 días para gammagrafía ósea	14,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Medicina Nuclear	Calidad	Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días		Min: 5 días Est: 10 días Máx: 15 días	Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de gammagrafía ósea y la fecha en la que se solicita / Número total de gammagrafía ósea realizadas	Eficacia	Profesional universitario Medicina Nuclear							
						Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas a 10 días para radiología	14,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas	Calidad	Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días		Min: 0 días Est: 5 días Máx: 10 días	Oportunidad en la Atención en servicios de Imagenología	(Días calendario entre solicitud servicio de imagenología y momento en que es prestado el servicio)/[Total de atenciones en servicios de imagenología]	Eficacia	Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas							
						Disminuir el tiempo de atención para entrega de resultados de laboratorio clínico a GAICA	14,2%	Coordinador Grupo Laboratorio Coordinador Grupo Área Gestión Comercial	Proyectos especiales	100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min		100%≈30 min	Porcentaje de cumplimiento de la meta (30 min) de entrega de resultados de Laboratorio a GAICA.	(Diferencia promedio entre el tiempo del periodo anterior y el periodo actual / Tiempo determinado como meta (30 min))*100	Eficacia	Coordinador Grupo Laboratorio Clínico					
						Oportunidad en estadificación diagnóstica para pacientes institucionales máximo en 20 días	14,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	≤20 días		≤20 días		≤20 días		≤20 días		≤20 días		≤20 días		≤20 días		≤20 días	Oportunidad en confirmación diagnóstica y estudios complementarios	Número de días transcurridos desde la consulta de primera vez hasta presentación del diagnóstico en junta disciplinaria	Eficacia	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación					
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.	5%	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador de Grupo Área Coordinador Grupo	Calidad													≥3,5	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	Resultado autoevaluación de acreditación estándares cliente asistencial	Efectividad	Gestores de Calidad							
						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	10%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad									1				Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE	Mapa de riesgos del proceso DYE actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad				
										Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	(Numero de indicadores de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DYE 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	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	(Número de indicadores POA, proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
	Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	100%					100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso DYE	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso DYE) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso DYE + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno								
	Cumplir al 100% con oportunidad y calidad en la entrega al 100% de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	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 ítems definidos para el proceso DYE) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual								
	Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	100%					100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso DYE	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso DYE / Total de contratos asignados al proceso DYE para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual								
	Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%					Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad												

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	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
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, POI, Plan de salud ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, POI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento sobre el POI, proceso DYE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso DYE / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad														85%	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 puntos formulados en cada examen aplicado al proceso DYE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad		

OBSERVACIONES:
1. Se realiza modificación a la programación del Indicador "Errores relacionados con el uso de reactivos (Reactivo - Vigilancia) de acuerdo a deficiencia por parte de la Jefe Ruth Quevedo mediante correo electrónico de fecha 15 de Junio de 2018 y con Visto Bueno del Doctor Jesús Antonio Acosta


JESÚS ANTONIO ACOSTA
Subdirector de Atención Médica y Docencia


AUGUSTO ENRIQUE LLAMAS
Coordinador Grupo Medicina Nuclear


ELIZABETH RODRÍGUEZ GÓMEZ
Coordinador Grupo Laboratorio


OSCAR MAURICIO FORERO CUELLAR
Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas


RUTH QUEVEDO SERRANO
Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación


JUAN CARLOS MEJÍA
Coordinador Grupo Patología


NIDIA ESPERANZA DELGADO
Coordinador Grupo Radiofarmacia

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.

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.

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:

2018

VERSIÓN:

1

PERIODO DE EVALUACIÓN:

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
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	Coordinador 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"	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad						1						Curso competencia docente	Numero de personas certificadas / el numero de personas inscritas	Eficacia	Coordinador 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%	Inicio nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Patología Oncologica con otra universidad.	30%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Patología	Productividad									1	Radicar Documento maestro en Patología Oncologica	Documento maestro en Patología Oncologica Radicado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
						Inicio nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Hematología.	30%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador U.F Hematología	Productividad									1	Documento maestro en Hematología elaborado	Un documento maestro en Hematología elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
						Inicio nuevo tramite de Registro Calificado para el Posgrado en Medicina Interna.	30%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Medicina Interna	Productividad									1	Documento maestro en Medicina Interna elaborado	Un documento maestro en Medicina Interna elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
						Inicio nuevo tramite para el Posgrado en Neurocirugía.	10%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Neurocirugía	Productividad									1	Definir institución superior para el programa	Acta de comité de educación donde se evidencia la aprobación de la institución superior para el programa neurocirugía	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
			Mejorar la relación docente servicio en los convenios con instituciones de Educación Superior	30%	Cumplir con mínimo 1000 estudiantes en rotación	13%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad										>=1000	Número de estudiantes en rotación en el INC	Total de estudiantes convenios Docencia-servicios	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
					Continuar con la formación del talento humano en docencia universitaria	25%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad										20	Número de docentes certificados	20 docentes certificados	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
					Mantener el indicador de satisfacción de la encuesta de evaluación de cumplimiento de convenio de las IES Institución Educación Superior	12%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						95%					95%	Porcentaje de cumplimiento de gestión de convenios	(Número de IES que califican 3 y 4 / Total de encuestas aplicadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia						
					Aplicar la encuesta de satisfacción de evaluación a estudiantes en practicas formativas y obtener un 90%	12%	Coordinador Grupo Área Docencia	Calidad				90%		90%			90%	90%	Porcentaje de satisfacción de las practica formativas	(Número de estudiantes con calificación 3 y 4 / Total de encuestas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
					Implementación del proyecto de modernización y ampliaciones de salas academicas	14%	Coordinadora Biblioteca	Proyectos especiaes						50%				50%	Porcentaje de implementación del proyecto de modernización y ampliación de salas academica	(Número de actividades realizadas del proyecto de modernización y ampliación de salas academica/Total de actividades planeadas del	Eficacia	Coordinador Grupo Biblioteca							
					Actualización del reglamento estudiantil y revisar las medidas para estudiantes que no cumplan con los estándares de seguridad del INC	12%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						1					Resolución del reglamento estudiantil actualizado	Resolución del reglamento estudiantil actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
			Número de estudiantes por año mínimo 42		Medir el número de estudiantes en el INC	12%	Coordinador Grupo Área Docencia y Coordinadores	Optimización De Recursos										42	Número de estudiantes en el INC	Número de estudiantes en programas institucionales	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
					Evaluar la capacidad instalada oferta docente (camas hospitalarias)	4%	Implementar el Estudio de Capacidad de oferta docente actual	100%	Coordinador Grupo Área Docencia y Coordinadores	Optimización De Recursos					5			5	Grupos ajustado a la capacidad docente	grupos ajustados / grupos programados	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	METAPDI	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
		Incrementar la oferta de educación no formal	Número de cursos ofertados mínimo en 25 anual	Fortalecer los programas de educación virtual	10%	Implementar módulos de inducción virtual a estudiantes	60%	Coordinador Grupo Área Docencia Talento Humano	Proyectos especiales											100%	Porcentaje de implementación de módulos de inducción a estudiantes	(Número de actividades ejecutadas para la implementación de módulos de inducción a estudiantes/ Total de actividades programadas para la implementación de módulos de inducción a estudiantes)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia					
				Fortalecer los programas de educación por extensión		Programar 25 cursos al año en el Plan de Educación continuada	40%	Coordinador Grupo Área Docencia	Productividad		1									Plan de Educación continuada	Plan de educación continuada que contenga el número de cursos de educación por extensión programados	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia						
			Número de pasantes internacionales mínimo en 12	Segmentar la población objetivo mejorar la divulgación de los programas académicos en la región	2%	Cumplir con mínimo 12 pasantes por año (ultimo trimestre)	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Optimización De Recursos									12	Número de pasantos internacionales en el INC	Número de pasantes internacionales 2018 en el INC	Eficacia	Coordinador Grupo Área Docencia							
	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	10%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad								1				Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC	Proceso DOC 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	12%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad			100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso DOC	(Numero de indicadores de proceso DOC con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DOC 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	12%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad			100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso DOC	(Numero de indicadores POA, proceso DOC con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso DOC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
						Corrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso DOC	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso DOC) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso DOC + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso DOC) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno						
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso DOC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría), proceso DOC	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso DOC / Total de contratos asignados al proceso DOC para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%		Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad						
		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	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)	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%)	10%	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 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Docencia Coordinador Grupo Biblioteca	Calidad											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

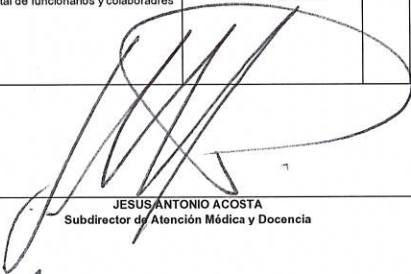
		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03									
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		01									
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		05-05-2017									
VISIÓN:		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:		2018									
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:		Unidades Funcionales de tratamiento																			PERIODO DE EVALUACIÓN:											
OBJETIVO DEL PROCESO:		Gestionar los procedimientos asistenciales inherentes a la atención del paciente oncológico en forma oportuna, eficiente e integral.																														
LIDER POA		Subdirector de Atención Médica y Docencia																														
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			
		Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente	Modelo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente orientado a la trazabilidad del paciente	Mejorar la oportunidad de atención	10%	Seguimiento a la implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos	8,3%	Coordinador Unidad de Hemato Oncología Coordinador Grupo Rehabilitación y Terapias Coordinador Unidad Funcional Ortopedia Coordinador Grupo Cuidado Paliativo	Proyectos especiales				25%		50%			75%			100%	Seguimiento de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos	(Número de actividades del proyecto Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos definidas para el periodo/Total de actividades del proyecto Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos)*100	Efectividad	Coordinador Hemato Oncología							
	Seguimiento a la unidad de Linfoma cutánea y desarrollo el programa fototerapia extracorporeo					8,3%	Coordinador Hemato Oncología Médico Especialista en Dermatología	Proyectos especiales						1						1	Informe con seguimiento a la unidad de Linfoma cutánea y desarrollo el programa fototerapia extracorporeo presentado al Subdirector Médico (Acta)	Informe con seguimiento a la unidad de Linfoma cutánea y desarrollo el programa fototerapia extracorporeo presentado al Subdirector Médico (Acta)	Efectividad	Coordinador Hemato Oncología								
	Proyecto de implementación la unidad de Mieloma Múltiple					8,3%	Coordinador Unidad de Hemato Oncología Coordinador Grupo Rehabilitación y Terapias Coordinador Unidad Funcional Ortopedia Coordinador Grupo Cuidado Paliativo	Proyectos especiales										1			Formulación del Proyecto de implementación la unidad de Mieloma Múltiple	Documento de formulación del Proyecto de implementación la unidad de Mieloma Múltiple	Efectividad	Coordinador Hemato Oncología								
	Plan de optimización del servicio de gastroenterología					8,3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Gastroenterología Oficina de Planeación	Proyectos especiales												1	Propuesta proyecto de de optimización del servicio de Gastroenterología	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de de optimización del servicio de Gastroenterología	Eficacia	Coordinador Grupo Gastroenterología								
	Proyecto de Unidad de seguimiento (tener protocolos, contar con un espacio físico) Requiere presupuesto					8,3%	Subdirección Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas	Proyectos especiales											1		Proyecto de Unidad de seguimiento presentado	Documento del Proyecto de Unidad de seguimiento presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas								
	Realizar seguimiento proyecto de servicio de medicina perioperatoria					8,3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Salas de Cirugía	Proyectos especiales				25%						50%			75%			100%	Porcentaje de ejecución del proyecto del servicio de medicina perioperatoria	(Número de actividades del proyecto del servicio de medicina perioperatoria definidas para el periodo/Total de actividades del proyecto del servicio de medicina perioperatoria)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria				
	Evaluar el desempeño de las unidades funcionales existentes					8,3%	Gestores de calidad	Productividad				1						1			1			1	Evaluación desempeño unidades funcionales existentes	Un informe evaluación desempeño unidades funcionales existentes	Eficacia	Gestores de Calidad				
	Mejorar la oportunidad de continuidad del tratamiento paciente en tratamiento activo					8,3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinador Grupo Oncología Clínica, Coordinador Grupo Área Quirúrgica, Coordinador Grupo de Radioterapia	Productividad															1		Informe paciente trazador	Informe auditoría paciente trazador	Eficacia	Gestores de Calidad				
	Extender el modelo de Unidades funcionales a: Dermatología					8,3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiera Oficina de Planeación Asesoría de Calidad	Proyectos especiales																1	Porcentaje Unidades Funcionales consolidadas	(Unidades funcionales consolidadas /Total Unidades programadas)*100%	Eficacia	Subdirector Médico				
	Modelo de prospectiva para la Radioterapia del INC	8,3%	Coordinador Grupo Área Radioterapia Coordinador Grupo Área Sistemas Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo Oficina Asesora de Planeación	Proyectos especiales													1				Modelo de prospectiva para la Radioterapia del INC	Un modelo de prospectiva para la Radioterapia del INC presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica								

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					Implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	8,3%	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica Coordinador Grupo Física Médica Coodinador Unidad de Hemato Oncología	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología	(Número de actividades ejecutadas dde la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología/ Total de actividades planeadas de la TBI para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica							
						Implementación del proyecto de la SBRT en el INC	8,3%	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación del proyecto de la SBRT en el INC	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de la SBRT en el INC/ Total de actividades planeadas el proyecto de la SBRT para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica							
		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%	Mantener al 80% la adherencia a la estrategia de lavados de manos	14,2%	Coordinador Grupo Área Unidades Médicas, Coordinador Grupo Área Unidades Funcionales Coordinador Grupo Oncología Radioterápica Coordinadores de cada grupo	Calidad			>=80%			>=80%			>=80%		>=80%	Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos	(No acciones realizadas/ Total de Oportunidades) *100	Efectividad	Enfermera oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones						
						Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital	14,2%	Coordinador Grupo Área Unidades Médicas, Coordinador Grupo Área Unidades Funcionales Coordinador Grupo Oncología Radioterápica Coordinadores de cada grupo	Calidad										>=375	Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS	Resultado de cumplimiento de los cinco componentes del marco de evaluación y adherencia de los 27 Indicadores de la estrategia multimodal Higiene de manos.	Eficacia	Enfermera oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones							
						Hacer seguimiento al curso pedagógico con actividad para las personas que no cumplan con la estrategia de lavado de manos el cual incluire el presonal asistencial	14,2%	Subdirector de atención médica y docencia Enfermera Jefe oficina de vgilancia epidemiológica y de infecciones	Calidad					1							Curso pedagógico diseñado y presentado	Curso pedagógico diseñado y presentado a la dirección	Eficacia	Enfermera Jefe oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones						
						Mantener el índice de Infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%	14,2%	Subdirector de atención médica y docencia Enfermera Jefe oficina de vgilancia epidemiológica y de infecciones	Calidad	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	<=8%	Índice Global de Infecciones	(Número total de Infecciones Asociadas al cuidado de la salud detectadas en el periodo)[(Total de egresos de hospitalización.)	Eficacia	Enfermera Jefe oficina de vigilancia epidemiológica y de infecciones						
			Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente. Actualmente en 2.5			Aplicar la encuesta de cultura de seguridad del paciente al 70% los funcionarios y colaboradores del Instituto	14,2%	Gestor de Calidad	Calidad									70%		Cobertura en la medición de la cultura de seguridad del paciente	(Número de funcionarios encuestados en cultura de seguridad del paciente/ Total de funcionarios y colaboradores del INC) *100%	Efectividad	Gestor de Calidad							
																		1	Medición de la cultura de seguridad del paciente	Informe de medición de la cultura de seguridad del paciente	Efectividad	Gestor de Calidad								
						Socializar el programa de atención integral oncológica segura al 75% de los funcionarios	14,2%	Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad											75%	Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados	(No. Funcionarios capacitados en el programa/Total funcionarios y colaboradores INC) *100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente						
						Dar a conocer el resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	14,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Gestor de Calidad	Calidad											>=3,4	Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad	Eficacia	Gestor de Calidad						
						Tasa Global del Evento Adverso	25%	Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	<=2	Tasa Global del Evento Adverso	(Número total de eventos adversos detectados y gestionados)[(Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización)]	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente						
						Capacitar a los coordinadores en las actividades de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	25%	Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad			25%			50%			75%		100%	Porcentaje de funcionarios (coordinadores) capacitados en farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	(No. Funcionarios capacitados/Total funcionarios (coordinadores) INC)x100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente						

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
			Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	10%	Gestionar el 100% de los eventos adversos relacionados con farmacovigilancia y tecnovigilancia	25%	Referente del Programa de Seguridad del paciente Coordinadores de Grupo	Calidad				100%		100%		100%		100%	Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia	(No. de eventos adversos prevenibles de farmacovigilancia y tecnovigilancia reportados y gestionados en SIAPINC IV / Total de eventos reportados en el periodo)*100	Eficacia	Referente de programas farmacovigilancia, tecnovigilancia						
			Medir la adherencia al paquete instruccional de Úlceras por presión del programa de seguridad del paciente	25%	Referente del Programa de Seguridad del paciente	Calidad	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Min:0 Est:1 Mix:2	Tasa de úlceras por presión	(Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo)/([Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización])	Eficacia	Grupo de Enfermería									
			Incrementar el porcentaje de adherencia a los protocolos institucionales mínimo en 80%, en las patologías de mayor prevalencia. (mama, colon y recto y cuello uterino)		Implementar guías de práctica clínica y protocolos	10%	Medir la adherencia para cáncer de cuello uterino colon, recto, mama y sarcoma de tejidos blandos, IMRTon la metodología aprobada	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Gestor de Calidad	Calidad									100%	Porcentaje de adherencia al protocolo	(N° de ítems que cumple del protocolo de cáncer de mama, colon y recto y cuello uterino / Total de ítems definidos por estadiaje clínico)*100	Eficacia	Gestor de Calidad						
	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		Oportunidad en la asignación de citas	10%	Oportunidad en el inicio de tratamiento desde la consulta de primera vez en el Instituto	25%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Unidades Funcionales	Productividad	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	<=50 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional)	{Tiempo entre la cita de 1 vez en la especialidad y el momento de inicio de tratamiento según caso}/(Número total de Qm, Rd, Cxs con inicio de tratamiento en cualquier especialidad (Institucional).)	Efectividad	Profesional Especializado Grupo Análisis de Datos						
						Aumentar la productividad de la capacidad instalada en un 85% para las salas de cirugía	25%	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Periooperatoria	Productividad	85%	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])	Efectividad	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Periooperatoria				
						Disminuir la oportunidad de inicio de tratamiento de radioterapia a 45 días	25%	Coordinador grupo de Radioterapia Subdirección Administrativa y Financiera	Productividad	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	Min:30 Est:45 Mix:60	E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días)	{Tiempo entre la cita de 1 vez en la especialidad y el momento inicio de tratamiento (Radioterapia)}/(Número total de Radioterapias clasificadas como inicio de tratamiento.)	Efectividad	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica						
						Oportunidad de inicio tratamiento desde que que paciente llega con la orden autorizada hasta el inicio de la radioterapia	25%	Subdirector Administrativo y Financiera Coordinador grupo de Radioterapia	Productividad	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Min:10 Est:15 Mix:30	Oportunidad de inicio de tratamiento en Radioterapia desde la Autorización	{Días transcurridos entre la Autorización y el momento de inicio de tratamiento en Radioterapia}/(Número de Radioterapias clasificadas como inicio de tratamiento con Autorización)	Efectividad	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica						
		Medición de la intensidad de dosis		Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	5%	Gestionar la Implementación de sistema de vigilancia de sobreexposición, a través del proyecto de Farmacología para administración de medicamentos	100%	Coordinador Grupo Oncología Clínica Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos Coordinador Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales											70%	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					
	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 diagnóstico del paciente	5%	Alcanzar el 80% del resultado del registro en la historia Clínica ambulatoria y hospitalaria	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinadores Grupos Unidades Funcionales Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas		80%		80%		80%					80%	Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)	{Sumatoria de porcentajes de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la HC}/([Total de historias clínicas auditadas y calificadas])	Eficiencia	Gestor de Calidad					
		Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.		Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares cliente asistencial de acreditación en salud.	5%	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador de Grupo Área Coordinador Grupo	Calidad												100%	Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud	Resultado autoevaluación de acreditación estándares cliente asistencial	Efectividad	Gestores de Calidad				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	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
		Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales	Evaluar el procedimiento de soporte oncológico	Implementar el programa de soporte oncológico como componente del modelo de atención (salud mental, rehabilitación, nutrición, dolor, cuidado paliativo y atención domiciliaria)	15%	Implementación del programa de atención domiciliaria Requiere recursos	25%	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico Coordinador Grupo Área Apoyo Clínico	Proyectos especiales					40%						100%	Disponibilidad del servicio para funcionamiento	(Número de actividades ejecutadas/Total de actividades programadas)*100	Efectividad	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico					
						Continuar con la implementación de las unidades de atención con el programa de soporte oncológico	25%	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico	Proyectos especiales									3	Unidades Funcionales Implementadas	(Número de unidades funcionales implementadas/ Número de Unidades funcionales Programadas en la vigencia)*	Efectividad	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico							
						Continuar con la implementación de programa de soporte oncológico pediátrico	25%	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico Coordinador Unidad Atención de Cáncer Infantil (UACAI)	Proyectos especiales									100%	Cobertura de pacientes pediátricos nuevos en programa	(Número de pacientes pediátricos ingresados al programa/Número de pacientes pediátricos nuevos de la unidad pediátrica)*100	Efectividad	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico							
						Realizar la medición y seguimiento de la implementación del proyecto de soporte oncológico Requiere recursos	25%	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico	Proyectos especiales			80%		80%			80%		80%	Cobertura de pacientes adultos nuevos en programa	(Número de pacientes ingresados al programa/ Número de pacientes nuevos de las unidades implementadas)*100	Efectividad	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico						
Objetivos del Control del Cáncer	Cuidado Paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	Definir el modelo para el cuidado paliativo en el sistema de salud colombiano	Desarrollo de guías y protocolos para el cuidado paliativo	10%	A partir del documento de estrategia de cuidado paliativo para el país se debe implementar el modelo de atención de cuidados paliativos en el INC	100%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinador Grupo Cuidado Paliativo Coordinadora de soporte Oncológico	Tareas Específicas					1						Modelo de atención de cuidado paliativo para el INC implementado	Modelo de atención de cuidado paliativo para el INC implementado	Eficacia	Coordinador Grupo Cuidado Paliativo						
																	100%	Porcentaje de implementación de estrategia de cuidado paliativo para el país se debe implementar el modelo de atención de cuidados paliativos en el INC	(Número de actividades de acuerdo a cronograma realizadas/Total de actividades)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Cuidado Paliativo								
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	10%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad								1				Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT	Mapa de riesgos del proceso UFT actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad			100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT	(Número de indicadores de proceso UFT con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso UFT 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	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad			100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT	(Número de indicadores POA, proceso UFT con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso UFT programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso UFT	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso UFT) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso UFT + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso UFT) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el procesoUFT) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso UFT	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso UFT / Total de contratos asignados al proceso UFT para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%			Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad					

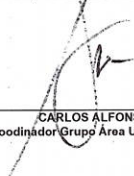
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		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	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso UFT	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso UFT / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso UFT) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad													85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso UFT	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso UFT / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso UFT) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			



JESÚS ANTONIO ACOSTA
Subdirector de Atención Médica y Docencia



LILIA ANDREA ROJAS
Coodinador Grupo Área Soporte Oncológico



CARLOS ALFONSO DUARTE
Coodinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas



MARTHA ISABEL COTES
Coodinador Grupo Área Oncología Radioterápica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO:	GSI-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:	01
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VIGENCIA:	05-05-2017

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:	2018
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:	Salud Pública	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL LIDER 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	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 del 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	Mantener el sistema de monitoreo de vacuna de VPH	5%	Diseño de una estrategia para el mejoramiento de cobertura de vacunación y realizar socialización ante el ministerio en la mesa de concertación cáncer de cuello uterino	50%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Especifica										1			Diseño de una estrategia para el mejoramiento de cobertura de vacunación y socialización ante el ministerio a la mesa de concertación cáncer de cuello uterino	Un documento con estrategia para el mejoramiento de cobertura de vacunación y socialización ante el ministerio a la mesa de concertación cáncer de cuello uterino	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
			Reducir la prevalencia de VPH 16/18 en lesiones pre-neoplásicas máximo en 40% en comparación con la línea base 2015			Elaborar artículo científico para sometimiento en revista indexada, con los resultados del Programa de Monitoreo de la vacuna de VPH, respecto a prevalencia de VPH 16 y 18 y lesiones pre neoplasicas, pre y post vacuna contra VPH.	50%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Especifica										1			Artículo científico sometido	Artículo científico sometido	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
		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%. (Línea de base 12,8%)	Prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11%. (Línea de base 12,8%)	4%	Elaborar documento técnico de prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11% a partir de la ECV 2016	100%	Cordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica						1							Documento técnico de prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11% a partir de la ECV 2016	Un documento técnico de prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11%	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
			Medir la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad	Medir la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad	4%	Documento técnico de la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad	100%	Cordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica										1			Documento técnico de la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad	Documento técnico de la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
		Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales	Medir la prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante)	Elaborar una propuesta de investigación para el sector formal en el uso de cancerinogénicos	4%	Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante)	100%	Coordinación del Grupo Área de Salud Pública	Tarea Especifica											1			Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante)	Un documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante)	Eficacia	Profesional Especializado GASP				
			Prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores	Elaborar una propuesta de investigación para el sector trabajador formal en el uso de cancerinogénicos	4%	Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores	100%	Coordinación del Grupo Área de Salud Pública	Tarea Especifica											1			Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores	Un documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos prioritizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores	Eficacia	Profesional Especializado GASP				
	Contribuir al	Proporción de laboratorios de tamización cubiertos con programas de control de calidad mínimo en 90%	Medición de coberturas de tamización	4%	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	Profesional Especializado GASP					
			Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) - Cuello uterino mínimo en 90% - Mama mínimo en 85% - Colon y recto mínimo en 85%	Medición de seguimiento a resultados positivos	4%	Implementación de fase I de pilotaje de un Programa de tamización para cáncer de colon y recto	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Especifica												25%		Porcentaje de implementación fase I de un piloto de tamización para cáncer de colon y recto	Porcentaje de implementación fase I de un piloto de tamización para cáncer de colon y recto	Eficacia	Profesional Especializado GASP				

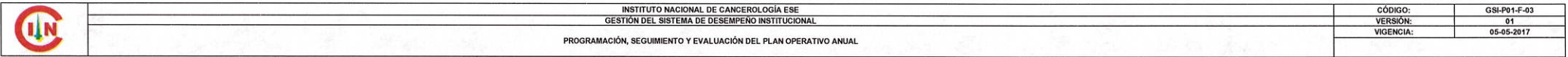
EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Ejecución		Seguimiento	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Detección temprana	Incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto)	Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia) - Pruebas VPH mínimo en 95% laboratorio INC - Citología mínimo en 70% por INS - Inspección visual (VIA-VILI) mínimo en 80% - Mamografía mínimo en 65%	Evaluación de tecnologías para la tamización de cáncer	4%	Mesa de trabajo con MSPS para implementación de programa de control de calidad de imagen mamográfica en Colombia	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Específica								1					Mesa de trabajo con MSPS	Número de mesas de trabajo con MSPS	Eficacia	Profesional Especializado GASP				
			Rango de positividad en las pruebas de tamización: - Pruebas de VPH entre 9-12% - Citología 2-5% - Inspección visual (VIA-VILI) 9-12% - Medir positividad de mamografía - Medir positividad de sangre oculta en heces	Iniciar la oferta de servicios clínicos de Tamización	3%	Implementar seguimiento a los rangos de positividad en las pruebas de tamización en el Servicio de Tamización del INC	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tarea Específica											1	Informe sobre rangos de positividad en los servicios de tamización prestados por el INC en su Centro de Prevención	Informe sobre rangos de positividad en los servicios de tamización prestados por el INC en su Centro de Prevención	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
	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.	Brindar asesoría técnica a prestadores y entidades dI orden territorial y nacional que trabajen en atención	12%	Participar en la construcción de la propuesta de articulación de la red de oferta de servicios en un ente territorial en el marco del MIAS	30%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Específica										1		Informede la red de oferta integral oncológica constituida en un ente territorial	Informede la red de oferta integral oncológica constituida en un ente territorial	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
			Realizar un análisis de factibilidad para la implementación de un programa de e-salud para la línea de telemedicina para el Instituto Nacional de Cancerología			40%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Específica								1		Documento Estudio de factibilidad de Telemedicina	Documento Estudio de factibilidad de Telemedicina	Eficacia	Profesional Especializado GASP								
			Lograr la habilitación en la UACAI en el INC			30%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Específica									1	Lograr la habilitación en la UACAI en el INC	Documento que certifica la habilitación en la UACAI en el INC	Eficacia	Profesional Especializado GASP								
	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	Participar en el desarrollo de reglamentación para los servicios de cuidado paliativo	4%	Informe de EPS con Programa de Servicio de Cuidado Paliativo para el paciente oncológico	100%	Coordinador de Grupo Área de Salud Pública Coordinación de Cuidado Paliativo	Tarea Específica											1	Informe de EPS con Programa de Servicio de Cuidado Paliativo para el paciente oncológico	Informe de EPS con Programa de Servicio de Cuidado Paliativo para el paciente oncológico	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
	Casos misionales			Cumplimiento de reportes programados en 100%	Mejorar la divulgación de resultados hacia la comunidad general (comunicación y apropiación social del conocimiento)	5%	Elaborar y someter 1 boletín epidemiológico del INC vol 11 2018	50%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica											1	Boletín epidemiológico sometido a comité editorial	Un boletín epidemiológico sometido a comité editorial	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer				
Elaborar y someter 1 Anuario estadístico 2016							50%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica												1	Anuario 2016 sometido a comité editorial	Anuario 2016 sometido a comité editorial	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer				
Información acerca de incidencia disponible en la web de manera interactiva				Fortalecer la vigilancia de la incidencia	5%	Actualización información mortalidad 2015 (Infocancer)	50%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica												1	Actualización Infocancer	Informe web Infocancer	Eficacia	Profesional Especializado GASP				
						Reunión/taller RPC	50%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica									1		Informe de reunión o taller RPC	Informe de reunión o taller RPC	Eficacia	Profesional Especializado GASP						
Desarrollar la Vigilancia de la supervivencia				Consolidar los sistemas de medición de vigilancia de la supervivencia	4%	Realizar las estimaciones de la supervivencia de cáncer para las localizaciones de mama, cuello uterino, próstata, estómago y colon-recto.	100%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica				1						1		Informe tasa de supervivencia para el periodo	Informe tasa de supervivencia para el periodo	Eficacia	Profesional Especializado GASP					
Información incidencia con 60% de los casos informados estado clínico o patológico al diagnóstico				Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	4%	Información estado clínico con 60% de los casos al diagnóstico en el INC año 2016	100%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Tarea Específica												1	Informe Estado clínico en el INC por localización 2012-2017	Informe Estado clínico en el INC por localización 2012-2017	Eficacia	Profesional Especializado GASP				

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 pr	Salud Pública	Fortalecer los programas de Vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	Vigilancia de Política Publica: Participar en la formación de al menos una política publica	Fortalecer vigilancia de políticas	10%	Elaborar 6 boletines de políticas publicas y legislación (4 nacionales y 2 sub-nacionales	40%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica				1		1	1		1	1	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletines publicados en página web sobre políticas públicas	Eficacia	Profesional Especializado GASP							
						Acciones organizadas desde el INC para incidencia de política	30%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica				1					1		Acciones de incidencia de políticas cumplidas	(Número de acciones cumplidas/Número de acciones programadas)	Eficacia	Profesional Especializado GASP							
						Exhortos para el cumplimiento de la función legislativa o de los cuerpos colegiados subnacionales para promoción del control del cáncer	30%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica				1					1	1	Porcentaje de exhortos cumplidos	(Número de exhortos cumplidos/Número de exhortos programados)*100	Eficacia	Profesional Especializado GASP							
			Vigilancia de medios de comunicación	Disponer de la información de monitoreo de medios de comunicación	5%	Monitoreo de medios de comunicación	50%	Asesor Comunicaciones Grupo Área Salud Pública	Tarea Especifica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de monitoreo de medios mensual	Informe de monitoreo de medios mensual	Eficacia	Profesional Especializado GASP						
						Elaborar 1 boletín de análisis de las comunicaciones de los medios	50%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tarea Especifica										1		Boletín publicado en pagina web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación	Número de boletines publicados en pagina web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación	Eficacia	Profesional Especializado GASP						
			Consolidar el sistema de vigilancia de servicios oncológicos	Desarrollar la vigilancia de servicios oncológicos	5%	Elaborar 1 boletín de seguimiento a servicios oncológicos	40%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Especifica											1	Boletín de seguimiento a servicios oncológicos publicado en la página web institucional	Número de boletines de seguimiento a servicios oncológicos publicados	Eficacia	Profesional Especializado GASP						
						Modelo de vigilancia de servicios oncológicos del país	60%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tarea Especifica												Documento técnico de Modelo de vigilancia de servicios oncológicos en el país	Documento técnico de Modelo de vigilancia de servicios oncológicos en el país	Eficacia	Profesional Especializado GASP						
			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	10%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo	Calidad									1		Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB	Mapa de riesgos del proceso SPB actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad				
									Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo	Calidad				####		100%			100%		####	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB	(Numero de indicadores de proceso SPB con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso SPB 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	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo							Calidad				####		100%			100%		####	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB	(Numero de indicadores POA, proceso SPB con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo							Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso SPB	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso SPB) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso SPB + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso SPB) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno					
Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo							Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso SPB) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Salud Pública 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 SPB	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso SPB / Total de contratos asignados al proceso SPB para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo							Calidad										100%			Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad					

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
		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	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso SPB	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso SPB / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso SPB) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de Grupo	Calidad													85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso SPB	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso SPB / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso SPB) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad			

832.
AMARANTO SUAREZ MATOS
Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y Prevención


GIANNA HENRÍQUEZ MENDOZA
Coordinador Grupo Área de Salud Pública



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:	2018
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:	2
PROCESO:	Investigación	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Generar o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las líneas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área 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	FÓRMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
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 Específicas					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			6%	Formación de estudiantes de pregrado en investigación (maestría o Doctorado)	60%	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	60%	Subdirección General de Inv. Coordinador de investigación clínica y monitoria	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	Secretaría de investigación clínica y monitoria					
	Incrementar el factor de impacto de las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas			Modir el Factor de impacto en el ISI	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación	Promedio de artículos científicos sometidos por tiempo completo de investigador como autor principal ó co-autor en la subinvestigaciones	10%	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	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
						Promedio de artículos científicos aceptados para publicación por tiempo completo de investigador	20%	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	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación	15%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad													2	Índice de Publicaciones por Investigador	(Número de publicaciones científicas impresas (Análogos y digitales)/Total de profesionales de la Subdirección de Investigaciones)	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
		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			Someter en promedio un artículo científico en revistas indexadas en ISI por investigadores de tiempo completo del GAI	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad													1	Promedio de artículos científicos sometidos en ISI / Número total de investigadores de planta del GAI	Número de artículos científicos sometidos 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			15%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad													0,5	Promedio Artículos científicos publicados en revistas indexadas en ISI / Número total de investigadores de planta del GAI	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			8%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad													>=1	Promedio factor de Impacto ISI de las publicaciones del INC	sumatoria de resultados FI por revista en ISI / Total de artículos publicados de Investigaciones GAI	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones							
	Suscripción del INC al ISI			2%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Tareas Específicas													1	Suscripción al ISI	Suscripción realizada	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones							
	Mejorar el Factor de impacto promedio de publicaciones en google scholar			10%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad													>=2,0	Factor de impacto promedio	Citaciones efectuadas en el año evaluado, de publicaciones realizadas en los dos años anteriores/Total de publicaciones realizadas	Eficacia	Profesional Especializado - Subdirección 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	% Avance obtenido	Análisis		
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales		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	15%	Un plan de trabajo en red; proyecto de investigación en red	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Tareas Especificas							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 Especificas														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				
						Formulación y ejecución de proyectos interinstitucionales con participación activa	30%	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				
		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	20%	Promover espacios de discusión y divulgación de la investigación institucional	10%	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	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
					Alcanzar como mínimo 60% de proyectos con primera publicación científica sometida antes del año respecto 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	10%	Cumplimiento del cronograma de proyectos	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad											>=60%	Proporción de proyectos sin extensión al cronograma	(Número de proyectos en curso sin extensión al cronograma de actividades./Número total de proyectos en curso)*100	Efectividad	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones						
						Mejorar cumplimiento del cierre de proyectos de investigación	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad							>=60%		>=60%		>=60%											
	Salud Pública	Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos (tabaquismo, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo de carnes rojas y carne procesada, VPH, Hepatitis B)	Tener riesgos atribuibles específicos para Colombia	Modelando usando programa especial para riesgos atribuibles y hacer escenarios	5%	Desarrollar el análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada con los pendientes	100%	Coordinador Grupo Área Investigación	Tarea Especifica														100%	Análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada	Análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
		Atención de pacientes	Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales	Evaluación de seguimiento a pacientes de 1, 3 y 5 años con cáncer de patologías más frecuentes	Evaluación de seguimiento a pacientes de 1, 3 y 5 años con cáncer de patologías más frecuentes	5%	Medición de la calidad de vida en la patologías mas frecuentes	100%	Médico Especialista Grupo Investigación Clínica	Calidad							1								Medición Calidad vida	Un informe con la medición de calidad de vida	Efectividad	Médico Especialista Grupo Investigación Clínica			
	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales		Oportunidad en el inicio de consulta de primera vez en el Instituto máximo en 30 días	Oportunidad y rapidez en la facturación de cada uno de los servicios que ofrece el Instituto	3%	Hacer evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	100%	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Análisis de Datos Coordinador Grupo de Facturación Jefe Asesor Oficina de Planeación y Sistemas	Productividad			1					1		1					1	Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP	Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y 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			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Objetivo del control del sector	Tratamiento	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	5%	Asesorar metodológicamente la creación o actualización de guías o protocolos clínicos priorizados	100%	Coordinador grupo investigación clínica	Productividad												3	No. de guías y protocolos documentados y socializados	(No. de guías y protocolos documentados y socializados)	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	10%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	10%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad									1				Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Mapa de riesgos del proceso INV actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso INV	(Número de indicadores de proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso INV 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	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores POA del proceso INV	(Número de indicadores POA, proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación 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	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad		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	11%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad		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 Área Gestión Contractual					
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%				Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad					
		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	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad												85%	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					
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación 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					
						OBSERVACIONES: 1. Se realiza modificación del compromiso y responsable del indicador "Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP " de acuerdo a los compromisos de reunión llevada a cabo el día 15 de mayo de 2018 por parte de Subdirección Administrativa, Facturación, Análisis de datos y Planeación. 2. Se realiza las siguientes modificaciones con aprobación del Subdirector de Investigaciones , Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención mediante correo electrónico el día 20 de Junio de 2018: - Se ajusta fórmula del Indicador "Porcentaje de estudios de investigación cerrados" - Se ajusta fórmula del indicador "Medición calidad de vida" - Se elimina compromiso y su indicador "Construir la línea base de la oportunidad de la Unidad de análisis"																								

AMARANTO SUAREZ MATOS
Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

JOSE ALEXANDER CARRENO
Coordinador Grupo Área de Investigaciones

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GSI-P01-F-03									
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:		01									
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		05-05-2017									
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:		2018									
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:		2									
PROCESO:		Gestión y Desarrollo del Talento Humano																	PERIODO DE EVALUACIÓN:											
OBJETIVO DEL PROCESO:		Propiciar, mantener y proveer oportunamente el Talento Humano competente de conformidad con las necesidades de la Institución.																												
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano																												
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL 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		
				Garantizar la aplicación del esquema de incentivos grupales a provisionales y esquema grupal e individual a externalizados	Desarrollar un plan de incentivos acorde con la visión estratégica institucional Desarrollar un plan de incentivos acorde con la visión estratégica institucional Cumplimiento del esquema de incentivos para provisionales	6,04%	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).	50%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano				1								Programa de incentivos	Documento del programa de incentivos actualizado (Resolución)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano						
																1			1				Cumplimiento del plan de incentivos individual y en equipos de trabajo (provisionales)	Informe de seguimiento de la ejecución del plan de incentivo individual	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano				
																							Rediseño de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano	Documento rediseñado de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral				
																							Porcentaje de implementación de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano y entrega de informe de seguimiento	Porcentaje de implementación de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano y entrega de informe de seguimiento	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral.				
				Fortalecer el plan de capacitación	6,02%	Actualizar el Plan de capacitación	50%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					1								Actualización del Plan de capacitación	Plan de capacitación aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación						
																						Porcentaje de ejecución al plan de capacitación	(Número de actividades ejecutadas del plan de capacitación/ Total de actividades programadas del plan de capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					
																						Porcentaje de estudios previos ajustados, actualizados y entregados de acuerdo a la norma de acreditación	(Número de estudios previos ajustados, actualizados y entregados oportunamente / Total de estudios previos requeridos)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
																						Plan de necesidades de Talento Humano	Plan de necesidades de Talento Humano presentado	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
				Ejecutar el plan de contratación y vacantes	6,92%	Realizar seguimiento al Plan de vacantes institucional	16,6%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral		1			1						1		Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior	Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior dirigido a la dirección	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
																						Informe seguimiento a la concertación de objetivos de funcionarios de carrera administrativa	Informe seguimiento a la concertación de objetivos de funcionarios de carrera administrativa	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL 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
Proceso de apoyo a la gestión del talento humano	Gestión del talento humano	Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano				Realizar seguimiento a la evaluación de desempeño al 100% de los funcionarios carrera administrativa	10,6%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral			1 Informe de segundo semestre de 2017 Calificación Final						1 Informe del primer semestre de 2018 (Entregar los primeros 15 días calendario)				Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios de carrera administrativa	Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios de carrera administrativa	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral				
						Realizar informe de la concertación del 100% de los funcionarios en provisionalidad	10,6%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral			1 Informe								Informe seguimiento a la concertación de objetivos de funcionarios en provisionalidad	Informe seguimiento a la concertación de objetivos de funcionarios en provisionalidad	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral						
						Realizar informe de la evaluación del 100% de los funcionarios en provisionalidad	10,6%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Ciclo de Vida Laboral			1 Informe								Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios en provisionalidad	Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios en provisionalidad	Eficacia	Coordinador Ciclo de Vida Laboral						
				Innovar en los mecanismos de remuneración	6,92%	Entregar nomina de planta dentro del cronograma establecido	20%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	24	23	23	25	25	26	25	27	25	25	27	18	Oportunidad de liquidación de salario personal de planta	{Tiempo entre el 1 día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera}	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
						Entregar nomina de planta temporal dentro del cronograma establecido	20%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	30	27	27	27	30	28	30	30	27	30	29	21	Oportunidad de liquidación de salario personal de planta temporal	{Tiempo entre el 1 día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera planta temporal}	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
						Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido	20%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	31	5	4	4	5	5	3	5	3	6	5	26	Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios	{Tiempo entre el 1 día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera de coop}	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
						Entregar ordenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido.	20%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	22	21	21	23	21	21	23	21	21	22	21	20	Oportunidad de la liquidación de salario personal de prestación de servicios	{Tiempo entre el 1 día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera GTH - 18}	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				
						Entrega de facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Área Financiera, dentro de los términos establecidos	20%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	29	27	27	27	28	27	27	27	27	29	27	21	Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado	{Tiempo entre el 1 día del mes y el momento de entrega de soporte para pago de financiera supern}	Eficacia	Coordinador 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	Ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones	100%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones	Informe de ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral					
						Realizar seguimiento del Plan de Bienestar	25%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación						1			1		Informe de seguimiento del plan de bienestar	Un informe de seguimiento del plan de bienestar	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación						

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL 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	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Implementar un modelo de promoción del liderazgo para perfiles determinados	Fortalecer el plan de bienestar	6,02%	Ejecutar al 100% las actividades del Plan de Bienestar	25%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							30%			60%			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)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					
						Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad	25%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							1					1		Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad	Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					
						Realizar medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar	25%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							90%					90%		Nivel de satisfacción de actividades de Bienestar	{N° de clientes internos encuestados satisfechos GTH -2}/(Total de clientes encuestados GTH -21)	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación					
				Desarrollar un programa para la promoción del liderazgo	6,02%	Ejecutar y hacer seguimiento al Plan de intervención con base en las 4 principales causas identificadas	100%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo					1									Documento Plan de intervención con base en las 4 principales causas identificadas	Un documento Plan de intervención con base en las 4 principales causas identificadas	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación.					
																							Porcentaje de implementación del programa para la promoción del liderazgo	(Número de actividades del programa para la promoción del liderazgo programadas/Total de actividades del programa para la promoción del liderazgo programadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación.				
				Plan de vacaciones	6,02%	Generar el informe trimestral del impacto financiero del plan de vacaciones	100%	Coodinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					1				1			1	Informe del impacto financiero y presupuestal del plan de vacaciones	Informe de evaluación del plan de vacaciones presentado a la dirección general	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
				Garantizar la aplicación y armonización de políticas y planes de talento humano en el modelo de contratación en el 100% de servicios tercerizados de más de 30 trabajadores.	Mejorar los procesos de inducción y reintegración	6,02%	Elaborar y ejecutar el plan de inducción y reintegración	33,3%	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral	1												Documento plan de inducción y reintegración	Un documento plan de inducción y reintegración	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral					
																							Porcentaje de ejecución de los talleres de inducción y reintegración	(Número de actividades ejecutadas del plan de inducción y reintegración/ Total de actividades programadas del plan de inducción y reintegración)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral				
																							Porcentaje de cobertura de los talleres de inducción y reintegración	(Número de participantes en los talleres de inducción y reintegración/ Total de participantes programados a los talleres de inducción y reintegración) Línea base de 100 participantes	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral				
																						Informe	Informe: Número de personas que realizaron la inducción Número de personas que pasaron el examen de inducción Procesos vs personal por proceso	Eficacia	Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral					
			Armonizar las políticas del talento humano con empresas que prestan servicios externalizados	6,02%	Hacer seguimiento a través de auditorías a empresas tercerizadas que cumplan con los estándares de acreditación en Talento Humano	100%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano								1					1	Informe de auditoría a empresas tercerizadas	Un informe de auditoría a empresas tercerizadas	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO					
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis				
			Reducir al 6% la tasa anual de accidentalidad laboral	Fortalecer el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	6,04%	Disminuir en 1,5% anual la tasa de accidentalidad, comparado con la vigencia anterior (2017)	16,6%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	-0,125%	-0,25%	-0,375%	-0,50%	-0,625%	-0,75%	-0,875%	-1,00%	-1,125%	-1,25%	-1,375%	-1,50%	Índice de accidentalidad (dato acumulado)	((Tasa real de accidentalidad del periodo anterior)-(Tasa real de accidentalidad del periodo actual))	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
						Determinar y hacer seguimiento a las enfermedades profesionales y comunes	16,6%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo												1		Informe comparativo (2017-2018) de casos diagnosticados como enfermedad profesional	Informe comparativo (2017-2018) de casos diagnosticados como enfermedad profesional	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo							
																					100%	Porcentaje de personal con recomendaciones de enfermedad laboral	(Número de personas con recomendaciones con enfermedad profesional/Total de personas con con enfermedad profesional)	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo							
						Elaborar y ejecutar el plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	16,6%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	1														Plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Un documento del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
																								90%	Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	(Número de actividades realizadas del plan de trabajo de SST/ Total de actividades programadas plan de trabajo de SST)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo				
																							Campaña de divulgación procedimiento de reporte de accidentes e incidentes laborales disminución de la enfermedad laboral	Número de campañas de divulgación realizadas	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
			Reducir a un rango entre 55 y 45% los trabajadores en riesgo psicosocial en nivel alto y muy alto			Realizar campañas de prevención de accidentes e incidentes laborales y disminución de la enfermedad laboral	16,6%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo													Porcentaje de cobertura en divulgación de accidentes e incidentes laborales y disminución de la enfermedad laboral	(Número de personas capacitadas/ Número de personal objetivo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
																									100%							
																										Informe de la medición de clima y riesgo 2017 con base en las 4 principales causas identificadas	Un documento Plan de intervención con base en las 4 principales causas identificadas	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo			
			Reducir el ausentismo laboral en un 30% con relación a la línea de base			Implementar la intervención para reducir el riesgo psicosocial	16,6%	Subdirector Administrativo Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo													Porcentaje de ejecución del desarrollo de las estrategias para mejoramiento de clima y riesgo 2017 (programado en el periodo)	(Número de estrategias desarrolladas/Total de estrategias programadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
																										100%						
						Desarrollar plan de intervención de ausentismo laboral (de acuerdo con diagnóstico)	16,6%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano													Informe de ausentismo laboral elaborado y presentado al comité directivo	Informe de ausentismo laboral que contenga el porcentaje de ausentismo laboral del INC presentado al comité directivo	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								
																							1									
																					Porcentaje de ejecución del Plan de intervención de ausentismo para disminución	(Acciones del Plan de intervención de ausentismo implementadas/ Acciones del Plan de intervención de ausentismo planeadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo								

42P

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL 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	6,02%	Seguimiento a los estándares de Acreditación (reuniones con el personal del proceso socializando y evaluando los estándares de acreditación)	100%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de seguimiento a los estándares de Acreditación	Informe de seguimiento a los estándares de Acreditación	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	10%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo								1				Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH	Mapa de riesgos del proceso GTH actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo oficina de calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo				100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue 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	12%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo				100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue 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	12%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo	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 de Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo	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 Items 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	11%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo	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 Área Gestión Contractual					
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo											100%		Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad				

Handwritten marks and signatures at the bottom left of the page.

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL 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 priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo												85%	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				
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo												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				

OBSERVACIONES:

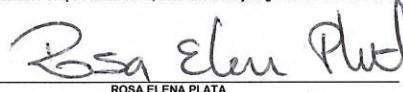
1. Se realiza las siguientes modificaciones de acuerdo a solicitud mediante correo electrónico del día 9 de abril 2018y aprobadas mediante acta de fecha 30 de mayo de 2018 (anexa)

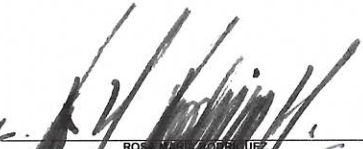
- Se cambia compromiso "Ejecución de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano Sujeto a disponibilidad de recursos", junto con indicador y programación
- Se modifica compromiso "Entregar los estudios para la modificación de la planta global" junto con indicador y programación
- Se modifica programación del Indicador " Plan de necesidades de Talento Humano"
- Se modifica programación del Indicador " Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior"
- Se aclara entrega de producto del indicador "Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios de carrera administrativa"
- Se modifica programación del Indicador " Informe de seguimiento del plan de bienestar"
- Se modifica programación del Indicador " Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad"
- Se modifica programación y meta del Indicador "Nivel de satisfacción de actividades de Bienestar"
- Se modifica compromiso "Ejecutar y hacer seguimiento al Plan de intervención con base en las 3 principales causas identificadas" junto con indicadores
- Se modifica fórmula indicador "Porcentaje de cobertura de los talleres de inducción y reintroducción"
- Se modifica programación indicador "Porcentaje de cobertura en divulgación de accidentes e incidentes laborales y disminución de la enfermedad laboral"

2. Se retira el compromiso " Entregar los estudios para la modificación de la planta temporal" de acuerdo al Acta 001 del 28 de Junio de 2018 solicitado por Juan José Pérez y aprobado en la reunión de la misma fecha por la Dirección General.


JUAN JOSE PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera


ERNOFAL 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


VICTOR TORRES
Coordinador Grupo Ciclo de Vida Laboral


ERICA POVEDA
Coordinadora Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE										CÓDIGO:	GSI-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL										VERSIÓN:	01
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL										VIGENCIA:	05-05-2017
											Página No. 1 de 2	

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:	2018
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 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		
Ivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de la tecnología	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.	Programar y realizar capacitación en Gestión Documental dirigida a todos los funcionarios del INC	12%	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	12%	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				
									Productividad			100%			100%			100%			100%			Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel	(Actividades ejecutadas en el del plan de eficiencia administrativa y cero papel periodo/Total de actividades programadas del del plan de eficiencia administrativa y cero papel periodo)*100	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Socializar el programa de Gestión Documental en el INC	12%	Sensibilizar a todos los funcionarios por medio de boletines electrónicos en el programa de Gestión Documental e instrumentos archivísticos	100%	Corodinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas	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 e instrumentos archivísticos elaborados y distribuidos	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
				Terminar fases de los proyectos iniciados	20%	Culminar Fase 2 del proyecto Gestión Documental (de la vigencia futura)	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales								100%					Porcentaje de implementación Fase II (de la vigencia futura) del Proyecto de Gestión Documental	(Actividades ejecutadas de la fase 2 del proyecto Gestión Documental (de la vigencia futura) para el periodo / Total de actividades programadas de la fase 2 del proyecto Gestión Documental (de la vigencia futura) para el periodo)*100	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
						Desarrollar fase 3 del proyecto Gestión Documental Sujeto a disponibilidad presupuestal	80%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales							100%			100%			Porcentaje de implementación Fase III del Proyecto de Gestión Documental	(Actividades ejecutadas de la fase 3 del proyecto Gestión Documental para el periodo / Total de actividades programadas de la fase 3 del proyecto Gestión Documental para el periodo)*100	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
	Capacitaciones de la plataforma Siapinc4 en el Componente Módulo de archivística y Módulo gestión Documental	10%	Realizar capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de archivística y gestión documental	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia, Técnico grupo Gestión Documental y Correspondencia	Productividad								2				2		Capacitaciones realizadas en el componente módulo de archivística y gestión documental	Número de capacitaciones realizadas en el módulo de archivística y gestión documental	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
	Garantizar total transparencia en el actuar Institucional			Cumplimiento del programa de Auditoría Interna en un 90%	(Línea Base 2017 77%)	Audilar los archivos de gestión de los 25 grupos que generan mayor transferencia documental	30%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad								25						Auditoría en archivos de Gestión	Número de grupos auditados en archivos de gestión	Eficacia	Coordiandor Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
						Alcanzar el 80% la organización de los archivos de gestión	70%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad									80%					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					
				Identificación de factores de riesgo que incidan en actos de corrupcion	12%	Formular y ejecutar el plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano	100%	Ejecutar el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Componente de gestión documental	100%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Grupo Área Sistemas	Productividad						100%							Porcentaje de avance en la ejecución del Plan Anticorrupción 2017 - Componente de gestión documental	Resultado Calificación Plan Anticorrupción con corte en el cuatrimestre	Eficacia	Profesional Universitario Oficina de Planeación				

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:

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.

LIDER POA

Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia

VIGENCIA DEL POA:

2018

VERSIÓN:

1

PERIODO DE EVALUACIÓN:

EJES	LINEA	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
Objeto	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	10%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad										1			Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD	Mapa de riesgos del proceso GAD actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad				
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			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				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD	(Número 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				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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 la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	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 Items definidos para el proceso GAD) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico 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 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	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad										100%			Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, PDI, Plan de salud ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad											85%		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 Administrativo Oficina de Calidad				
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinadores de Grupo	Calidad											85%		Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión 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 Administrativo Oficina de Calidad				

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

VIDA HELENA BAUTISTA
Coordinadora 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
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	10%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO	Mapa de riesgos del proceso GCO actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad					
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad					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	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad					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	12%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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	11%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	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	11%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad	100%	100%	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 Área Gestión Contractual				
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad										100%			Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad				
	Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de salud ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)	Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad												85%	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						
				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%)	10%	Coordinador Grupo Contabilidad	Calidad													85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion 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					

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

ANA NANCY CAMELO
Coordinador Grupo Contabilidad

MARIO MORENO
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:	GSI-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:	01
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL														VIGENCIA:	05-05-2017
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:	2018
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:	2
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental														PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Planificar y controlar las actividades relacionadas con obras nuevas, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.															
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental															

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		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Reducir en un 50% la tasa de eventos adversos atribuibles a la infraestructura y ambiente físico	Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo / Eventos adversos	1%	Gestionar el 100% de eventos adversos e incidentes reportados en infraestructura y ambiente físico	50%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Tareas Especificas				100%			100%		100%			100%	Porcentaje de gestión de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico	(Número de eventos adversos e incidentes asociados a infraestructura gestionados / Número total de eventos adversos e incidentes asociados a infraestructura reportados a calidad, salud ocupacional y gestión hotelera) * 100	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Reducir en 25% tasa de eventos adversos atribuibles a la infraestructura y ambiente físico	50%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Tareas Especificas											-25%		Porcentaje de disminución de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico	(Número real de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico del periodo anterior-Número real de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico del periodo actual/Número real de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico del periodo anterior)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
		Implementar 4 tecnologías ahorradoras	Estrategias de tecnologías ahorradoras	5%	Implementar la tecnología LED al 100% en el INC (luminarias)	25%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos							30%			75%		100%		Porcentaje de implementación de tecnología LED (dato acumulado)	(Número de bombillos LED instalados / Número total de bombillos identificados en inventario)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
					Adaptar (15) unidades sanitarias con tecnología de ahorro de agua en baños públicos	25%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos						8					15			Número de unidades sanitarias instaladas	(Número de orinales con tecnología nueva/ Número de orinales existentes en el INC)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
					Diagnóstico eléctrico institucional y propuesta cuantificada de alternativas eficientes	25%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos						1								Proyecto de energia electrica en el edificio consulta externa	Documento del proyecto de energia electrica en el edificio consulta externa	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
					Radicación ante la Secretaría de Medio Ambiente del proyecto "Implementar el uso de agua procesada en la PTAR a los jardines del INC"	25%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos												100%		Proyecto "Implementar el uso de agua procesada en la PTAR a los jardines del INC" radicado ante la Secretaría de Medio Ambiente	Proyecto "Implementar el uso de agua procesada en la PTAR a los jardines del INC" radicado ante la Secretaría de Medio Ambiente	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado				
		Brindar cobertura al 100% de las áreas requeridas con mantenimiento preventivo	Plan de mantenimiento preventivo	10%	Elaborar el plan institucional de mantenimiento preventivo 2018 (20 febrero)	30%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Tareas Especificas		1												Plan institucional de mantenimiento preventivo 2018	Un Plan institucional de mantenimiento preventivo 2018	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
			Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo		Ejecutar con calidad y oportunidad el plan institucional de mantenimiento preventivo infraestructura	50%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo (dato acumulado)	(Número de áreas con intervención de mantenimiento preventivo / Total de áreas Planeadas) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura					
					Identificar y reportar los eventos por mal uso de la infraestructura	20%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura	Informe con reporte a la subdirección administrativa de los eventos por mal uso de la infraestructura	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura					
		Brindar cobertura oportuna al 100% de requerimientos de mantenimiento correctivo	Plan de mantenimiento correctivo	14%	Cumplimiento en la oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo de acuerdo con el contrato (De los10 contratos mas relevantes de mantenimiento)	20%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura Interventores de los contratos	Calidad				100%			100%			100%			100%	Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo	(Número de ordenes ejecutadas en termino /Total ordenes recibidas en el periodo) * 100	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
					Obtener la habilitación - Estándar de infraestructura certificado	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad												100%		Porcentaje de cumplimiento de correcciones de hallazgos de infraestructura por habilitación	(Número de hallazgos de infraestructura por habilitación corregidos/Total de hallazgos de infraestructura por habilitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
					Hacer diagnóstico del plan preventivo de habilitación para el año 2018	20%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero / Coordinadora Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad		1						1						Informe diagnóstico preventivo de habilitación	Un informe diagnóstico preventivo de habilitación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		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				Implementación del plan preventivo de habilitación	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad										100%			Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo de habilitación	(Número de mantenimientos preventivos realizados de habilitación/Número de mantenimientos preventivos programados de habilitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura						
						Implementación al 100% del proyecto de suplencia de energía para el INC (2 circuitos alternos) Sujeto a disponibilidad presupuestal	15%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Proyectos especiales					1 estudio previo y cuantificación								Estudio previo aprobado en el comité interno de obras	Un estudio previo aprobado en el comité interno de obras	Eficacia	Coordinador Grupo Infraestructura						
			Cubrir el 100% de las áreas institucionales con estándares de señalización	Mejora del soporte hotelero	10%	Ejecutar la Fase III Señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Productividad							25%					100%		Porcentaje de implementación de la fase III de señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC	(Número de áreas con estándares de señalización de la fase III / Total de áreas del instituto)*100	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental					
			Diseñar el proyecto de desarrollo de la sede norte	Desarrollo del proyecto de la sede norte	5%	Proyecto de desarrollo de la sede norte Sujeto a viabilidad jurídica, presupuestal y estratégica	100%	Director General Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales						1					Un informe de la evaluación del proyecto desde el punto de vista de infraestructura	Un informe de la evaluación del proyecto desde el punto de vista de infraestructura	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental								
		Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Fortalecimiento del programa de gestión ambiental	15%	Cumplir al 100% con las acciones del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	30%	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad				100%				100%			100%		100%		Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA	(Número de actividades de cronograma PIGA ejecutadas en el periodo / Número de actividades en cronograma PIGA programadas en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero					
					Implementar - criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015 (gestión, habilitación y acreditación)	25%	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad				100%			100%				100%	100%		Cumplimiento de los(15) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015 y realizar prueba piloto	(Número de actividades ejecutadas para el periodo/Total de actividades programadas para el periodo)	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
					Cumplir con los planes de los servicios tercerizados de vigilancia, aseo, alimentos, ropería y la PTAR	35%	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Tareas Especificas				100%			100%				100%	100%		Porcentaje de cumplimiento del plan de actividades contratadas	(Número de actividades ejecutadas/ Número total de actividades planeadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
					Gestionar y obtener el cierre del 100% de los siniestros institucionales viables.	10%	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Productividad				1			1				1		1	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
			Ejecutar el macroproyecto de ampliación, construcción y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	15%	Realizar la formulación del plan de regularización y manejo (PRM) y PEMP Sujeto a viabilidad legal	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales						25%					100%		Formular planes PMR y PEMP	Un plan PMR y PEMP. Documento alterno estudio previo verificado y aprobado por el INC	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero							
					Ejecutar el plan de obras del proyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE Sujeto a viabilidad técnica, legal y financiera	65%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales				5%			25%				50%	80%		Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de acuerdo al cronograma /Total de actividades de acuerdo a crinograma del proyecto)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
					Gestionar 3 licencias para reforzamiento (Hospitalizados, Almacén y Adminsitrativa)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales												3		Gestionar 3 licencias para reforzamiento (Hospitalizados, Almacén y Adminsitrativa)	Licencias para reforzamiento gestionadas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
					Obtener 2 licencias para reforzamiento Sujeto a viabilidad legal externa y titularidad de los predios	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales												2		Obtener 2 licencias para reforzamiento Sujeto a viabilidad legal externa y titularidad de los predios	Licencias para reforzamiento obtenidas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
						Medir el nivel de satisfacción del servicio de mantenimiento correctivo al 90%	20%	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura Proveedor servicio tercerizado de mantenimiento	Calidad				90%				90%			90%		90%		Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento	(Número de encuestas satisfactorias/ Total de encuestas realizadas)* 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado				
						Medir la satisfacción del Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) en 95%	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	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	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero		

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	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	Incrementar la satisfacción de los clientes y usuarios a un 85%	Satisfacción de usuarios internos	15%	Medir la satisfacción en servicio de vigilancia en 95%	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad			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	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Medir la satisfacción del servicio de Alimentos para pacientes y funcionarios en 95%	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad			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	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Medir la satisfacción del servicio de lavandería área asistencial en 95%	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad			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	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
			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	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad									1				Actualización del mapa de riesgos del proceso GHA	Mapa de riesgos del proceso GHA actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad				
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA	(Numero 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				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA	(Numero 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				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GHA	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso 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	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GHA 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	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental 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 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 Área Gestión Contractual				
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%				Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad				

2

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	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 colaboradres	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	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					
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental Coordinadores de Grupo	Calidad													85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion 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			

OBSERVACIONES

1. Se realiza las siguientes modificaciones de acuerdo a solicitud realizada mediante Oficio INT-OFI-06816-2018 de fecha 29 de Junio de 2018 y aprobado por el Dr. Juan José Pérez mediante oficio INT-OFI-07647-2018 de fecha 23 de Julio de 2018:
- Modificación del compromiso Radicación ante la Secretaría del Medio Ambiente del Proyecto "Implementar el uso de agua procesada en la PTAR en los jardines del INC", se ajusta programación y entregable
 - Se retira el indicador "Porcentaje de cumplimiento del proyecto de suplencia de energía para el INC" del Compromiso Implementación al 100% del proyecto de suplencia de energía para el INC (2 circuitos alternos) Sujeto a disponibilidad presupuestal
 - Se retira el compromiso "Ejecutar la Fase I de acuerdo al resultado del estudio de accesibilidad al Instituto Nacional de Cancerología - ESE"
 - Se ajusta la programación del compromiso "Proyecto de Desarrollo de la Sede Norte"

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

JANNETH SALAZAR VILQUEZ
Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

GLORIA MARCELA MOJICA BRAN
Coordinadora Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental

OMAR WILSON CARRANZA
Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura (E)

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE														CÓDIGO:		GSI-P01-F-03											
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														VERSIÓN:		01											
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL														VIGENCIA:		05-05-2017											
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:		2018											
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:		2											
PROCESO:		Gestión Comercial y del Ingreso														PERIODO DE EVALUACIÓN:													
OBJETIVO DEL PROCESO:		Gestionar de manera oportuna la venta de servicios oncológicos, cumpliendo las metas institucionales, fortaleciendo la imagen corporativa y asegurando el recaudo para contribuir a la sostenibilidad financiera.																											
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso																											
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	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	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	10%	Ampliar la cobertura del proyecto de autorizaciones con las diferentes entidades responsables de pago	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso	Proyectos especiales				>=90%				>=90%			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						
										<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	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						
				Actualizar y ejecutar el plan de mercadeo para el periodo vigente	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso	Proyectos especiales			1										Actualizar el Plan de Mercadeo	Un plan de mercadeo elaborado y presentado para el periodo 2018-2023	Efectividad	Coordinador Grupo Mercadeo						
																					Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo	(Número de actividades ejecutadas del plan de mercadeo para el periodo/Total de actividades planeadas del plan del mercadeo para el periodo)*100	Efectividad	Coordinador Grupo Mercadeo					
		Oportunidad y rapidez en la facturación de cada uno de los servicios que ofrece el Instituto	5%	Hacer evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	100%	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Análisis de Datos Coordinador Grupo de Facturación Jefe Asesor Oficina de Planeación y Sistemas	Productividad				1				1			1		Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP en términos económicos, de oportunidad y desenlaces clínicos	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
																		1			Propuesta de un plan de ampliación del modelo de contratación (PGP)	Documento propuesta de un plan de ampliación del modelo de contratación (PGP)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso					
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	15%	Gestionar el 100% de los procesos de contratación para la venta de servicios (versión de la minuta con una tarifa establecida)	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad					100%			100%		100%		Porcentaje de contratos gestionados	(Número de contratos gestionados en el periodo / Número de contratos definidos para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo							
Atención Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 1 punto	Realizar gestión de cobro para recaudar la meta propuesta	15%	Obtener un recaudo equivalente a la vigencia del 2017 con un incremento del IPC mas 1 punto	60%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad		100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo	(Valor total recaudado en el periodo/Meta de recaudo del periodo)*100	Eficacia	Profesional Cartera						
																					Plan integral a la cartera	Un plan integral a la cartera presentado en comité de cartera	Eficacia	Profesional Cartera					
				Diseñar y ejecutar un plan integral a la cartera	40%	Coordinador Grupo Cartera	Tareas Especificas	1			100%											Porcentaje de cumplimiento del plan integral a la cartera	(Número de actividades ejecutadas del plan integral para el periodo / Total de actividades programadas del plan integral a la cartera para el periodo)*100	Eficacia	Profesional Cartera				
																								Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación	(Total de la facturación ejecutada en el periodo/Total meta de facturación mensual)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación		
		Obtener una facturación anual con un incremento del IPC más 1 punto	Asegurar la correcta y oportuna facturación de los servicios prestados	15%	Obtener una facturación equivalente a la facturación año 2017 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 radicación de la facturación del mes anterior	(Vir facturación radicata / Vir facturación del mes anterior)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				

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		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	Gest		Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Dar respuesta y conciliar el 100% de la glosa pendiente y mantener actualizado	8%	Elaborar y hacer seguimiento del plan de intervención de la glosa	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Tareas Especificas	1												Plan de intervención de la glosa	Un documento del plan de intervención de la glosa	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación										
				Elaboración de un plan de ventas	7%	Presentar el plan de ventas del instituto 2018 ajustado y elaborar el plan 2019 una vez al año	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad	1														Porcentaje de ejecución del plan de intervención de la glosa	(Número de actividades ejecutadas del plan de intervención/ Total de actividades programadas del plan de intervención)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación								
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	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	5%	Alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial	60%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad										95%			95%	Porcentaje de satisfacción de ERP	(Número de entidades satisfechas / Total entidades encuestadas de acuerdo al periodo contractual)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo										
			Cumplir en un 100% los tiempos establecidos de acuerdo al tipo de requerimiento		Definir criterios para priorizar gestiones con las ERP	40%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad											1			Documento con la definición de criterios para priorizar gestiones con las ERP	Un documento con la definición de criterios para priorizar gestiones con las ERP	Eficacia	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	Calidad											1			Informe de ranking de las entidades contratadas	Un informe trimestral de ranking de las entidades contratadas	Eficacia	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%	Realizar informe sobre mecanismo adicional de contratación (Conjunto de atención integral, entre otros)	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad													1			Informe sobre mecanismo adicional de contratación (Conjunto de atención integral, entre otros)	Informe sobre mecanismo adicional de contratación (Conjunto de atención integral, entre otros)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso							
				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	10%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad												1			Actualización del mapa de riesgos del proceso GCI	Mapa de riesgos del proceso GCI actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad						
								Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad																	Porcentaje de cumplimiento de cargo y análisis de indicadores del proceso GCI	(Numero 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				
								Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad																	Porcentaje de cumplimiento de cargo 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	12%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad																	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	11%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad																	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	11%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad																	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 Área Gestión Contractual				
								Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad																	Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad				

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
		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	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, 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					
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Comercial y del Ingreso 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			

OBSERVACIONES:
1. Se realiza modificación del compromiso, indicador y responsable del indicador "Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP " de acuerdo a los compromisos de reunión llevada a cabo el día 15 de mayo de 2018 por parte de Subdirección Administrativa, Facturación, Análisis de datos y Planeación.

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

AMANDA TRUJILLO PACHECO
Coordinadora Grupo Área Gestión Comercial

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GSI-P01-F-03									
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:		01									
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		05-05-2017									
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:		2018								
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																											
OBJETIVO DEL PROCESO:		Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnología Biomédica, Tecnología de la Información y la Comunicación (TICS) de acuerdo con las necesidades institucionales; con oportunidad, disponibilidad y eficacia que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.																	PERIODO DE EVALUACIÓN:										
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén																											
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
			Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Ejecutar plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información	4,0%	Cumplir con el plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente para alcanzar el 80 % de la calificación FURAG.	100%	Grupo estandar Gerencia de Información Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinador Grupo Área Análisis de Datos Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Asesor de Comunicaciones Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Productividad											80%		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 los ajustes acordados y consensuados de la historia clínica en el comité de historias clínicas	10%	Coordinador Grupo Área Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Sistemas Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad					100%						100%		Porcentaje de avance de ajuste de la historia clínica	(Número de ajuste realizados /Número actividades programadas através del comité de historias clínicas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Implementar la fase contratada del software de Patología	10%	Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinador Grupo Patología Oncológica	Proyectos especiales					100%						100%		Porcentaje de avance Implementación FASE I software de Patología	(Número de actividades ejecutadas de la implementación FASE I software de Patología /Número actividades programadas de la implementación FASE I software de Patología)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Continuar la implementación proyecto BI	12%	Grupo estandar Gerencia de Información Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinador Grupo Área Análisis de Datos Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Asesor de Comunicaciones Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales					100%						100%		Porcentaje de ejecución de la FASE II Proyecto BI	(Número actividades ejecutadas avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI /Número actividades programadas de avance de Desarrollo FASE II Proyecto BI) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Definir el alcance y presupuestar la etapa 2 de automatización de gestión del gasto (fase pre contractual, contractual, pos contractual)	7%	Coordinador Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales						1							Documento con definición del alcance y presupuesto de automatización de gestión del gasto	Un documento con definición del alcance y presupuesto de automatización de gestión del gasto	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Definir la nueva infraestructura SAP	10%	Coordinador Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales						1							Documento de la definición de la infraestructura	Un documento de la definición de la infraestructura	Eficacia	Coordinador Grupo Área Sistemas				
						Ejecutar labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática actual	12%	Coordinador Grupo Área Sistemas	Tareas Especificas				100%			100%			100%		100%	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				

[illegible]

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
		Optimizar la gestión de la tecnología biomédica	Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico biomédico en un 95% del tiempo	Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico biomédico en un 95% del tiempo	15%	Cumplimiento del cronograma de rutinas de verificación de equipo biomédico al 95%	30%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Específicas			25%			50%			75%			95%	Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de mantenimiento	(No de rutinas realizadas/ No de rutinas programadas en el año)*100	Eficacia	Profesional (Biomédica)				
						Cumplir con el programa de capacitación de los servicios asistenciales en el Programa de uso seguro de la tecnología biomédica	20%	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica	Tareas Específicas			25%			50%			75%			95%	Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica	(Número de servicios asistenciales cubiertos con capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica/Total de servicios)*100	Eficacia	Profesional (Biomédica)				
						Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico que lo requiera	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén	Productividad									100%				Porcentaje cumplimiento del plan de aseguramiento metrológico	(Número de mediciones realizadas / Total de mediciones planeadas en la vigencia) * 100	Eficacia	Profesional (Biomédica)				
			Reducir la tasa de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica en un 50%	Reducir la tasa de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica en un 50%	5%	Reportar y analizar el 100% de los incidentes y eventos adversos asociados a tecnología biomédica	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos Referente de Seguridad del Paciente	Calidad			100%			100%			100%			100%	Índice de incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos	(Número de incidentes y eventos adversos, asociados al uso de dispositivos médicos)/(Número total de pacientes atendidos en el INC en el periodo)	Eficiencia	Profesional (Biomédica)				
		Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas	Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas	Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas	10%	Tiempo de resolución en la vigencia 2017	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén	Calidad	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	Porcentaje de tiempo de resolución	Promedio de horas de resolución / Línea base 2017 tiempo de resolución	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
						Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III)	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén	Calidad	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	<=6 horas	Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III)	Tiempo de atención (línea base 2017-(Sumatoria tiempos de respuesta tecnologías IIB y III)/Número de solicitudes atendidas de tecnologías IIB y III)2018	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
						Tiempo de parada por daño de la tecnología	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén	Calidad	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	Tiempo de parada por daño de la tecnología (tecnología de niveles I y IIA)	Tiempo de atención (línea base 2017-(Sumatoria tiempos de respuesta mantenimiento correctivo/Número de solicitudes de mantenimiento correctivo atendidas)2018	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
						Tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén	Calidad	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	Tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	Tiempo de atención (línea base 2017-(Sumatoria tiempos de respuesta/Número de solicitudes atendidas)2018	Eficacia	Coordinador Grupo Ingeniería Biomédica				
	desarrollo de procesos apoyo 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	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de Grupo	Calidad									1				Actualización del mapa de riesgos del proceso GTE	Mapa de riesgos del proceso GTE actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Oficina de Calidad				
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GTE	(Número 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				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga 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	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	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 cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTE	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GTE) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GTE + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GTE) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	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 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				

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 2025	Gestión					Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	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%	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 Área Gestión Contractual				
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%				Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad					
		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	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de Grupo	Calidad										85%	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							
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén Coordinador Grupo Área Sistemas Coordinadores de Grupo	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión 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							

OBSERVACIONES

JUAN JOSÉ PEREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ
Coordinador Grupo Área Sistemas

LIA MARGARITA ALVAREZ
Coordinador Grupo Área Gestión Biomédica y Almacén

JAIRO AGUILERA
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:	01
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:	05-05-2017

SIÓN:	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:	2018
ISION:	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
OCESO:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional																	PERIODO DE	
3. JETIVO DEL	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.																	EVALUACIÓN:	
DER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera																		

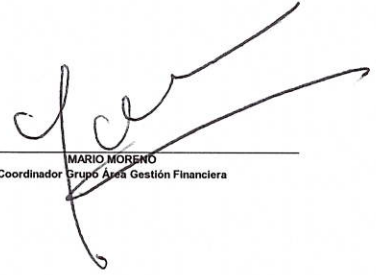
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO									
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis								
										0%	0,5%	1%	1,5%	2%	2,5%	3%	3,5%	4%	4,5%	5%	5,5%									6%							
apoyo		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	33,33%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos		0%	1%	1,5%	2%	2,5%	3%	3,5%	4%	4,5%	5%	5,5%	6%	Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento	(Valor traslados por funcionamiento / Valor apropiado)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto											
																										Porcentaje de gastos no programados en operación comercial	(Valor traslados en operación comercial/ Valor apropiado)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto								
																										Porcentaje de gastos no programados en inversión	(Valor traslados no programados en inversión / Valor apropiado)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
																										Porcentaje de Ítems no programados en el plan anual de adquisiciones inicial	(Número Ítems NO programados / Total de Ítems del plan anual de adquisiciones inicial)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Cantractual								
																										Relación costo/ingreso	(Costos de servicios hospitalarios/ Venta de servicios hospitalarios)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Financiera								
				Desarrollo de la directriz gubernamental sobre austeridad	10%	Cumplir con los criterios normativos a nivel de gobierno con austeridad	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos		<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	<=10%	100%	Razonabilidad de los inventarios	(Número de Ítems con diferencia en almacén/Número de Ítems contados por almacén según muestra establecida en el periodo)*100	Eficacia	Grupo de Almacén y Activos Fijos								
																														Cumplimiento del plan de austeridad componente presupuestal	(Valor gestionado/Valor definido por el gobierno)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto				
										Búsqueda de fuentes alternas de financiación	10%	Ejecutar el 90% de recaudo de fuentes alternas por rendimientos financieros	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor de Cooperación Internacional	Tareas Especificas	5%	10%	15%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Porcentaje de ejecución rendimiento financiero	(Rendimientos financieros generados + Descuentos Financieros/Rendimientos financieros presupuestados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Tesorería						
												Gestionar los ingresos por fuentes alternas, diferentes a recursos Nación y ventas de servicios en salud	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Especificas													≥ 15%	Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas por cooperación internacional, diferentes a recursos Nación y ventas de servicios en salud	Total recaudo -APN-VSS) / Total ingresos	Eficacia	Asesor Cooperación Internacional					
										Cumplir el 100% de las necesidades, ejecutando el 90% del presupuesto de gastos	Mejorar el seguimiento a la ejecución presupuestal	20%	Consolidar y reportar con oportunidad y calidad el anteproyecto y proyecto de presupuesto	16,7%	Coordinador Grupo Presupuesto Jefe Oficina Asesora de Planeación	Tareas Especificas				1											Anteproyecto de presupuesto nación	Un anteproyecto nación de presupuesto elaborado	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			
																				1		Proyecto de presupuesto	Un proyecto de presupuesto empresa elaborado	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas												
		Elaborar y enviar a los supervisores, informe mensual sobre ejecución de los contratos	16,7%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Especificas	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de ejecución de los contratos	Un informe de ejecución de los contratos en ejecución	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto												
		Elaborar y enviar a los supervisores, informe mensual sobre oportunidad en el trámite de las facturas	16,7%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Especificas	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Oportunidad en el trámite de las facturas	Sumatoria (fecha de entrega central de cuentas - Fecha radicación de factura Correspondencia) / Total de	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera											
												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											

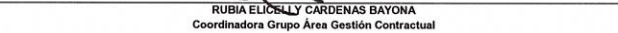
94

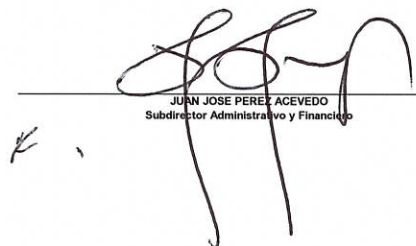
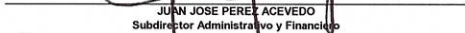
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMIS OS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos	Gestión financiera	Mejorar la ejecución presupuestal	Ejecutar el presupuesto de ingresos en un 95%		Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal y retroalimentar a los responsables	16,7%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas												Porcentaje ejecución por concepto de gasto	(Valor ejecutado / Valor apropiado)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto						
					Ejecución del PAC - Recurso Nación	16,7%	Coordinador Grupo Tesorería	Tareas Específicas	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación	(Ejecución PAC/ (PAC Asignado mensual + Anticipos - Reducciones)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Tesorería					
					Ejecutar el presupuesto de ingresos en un 95%	16,7%	Coordinador Grupo Tesorería	Tareas Específicas											95%	Porcentaje ejecución por concepto de ingreso	(Aforo de ingresos/Recaudo de ingresos)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Tesorería						
			Garantizar la provisión del 100% de las necesidades dentro del término establecido	Mejorar la oportunidad de ejecución del plan de compras	20%	Consolidar y publicar el plan anual de adquisiciones	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	1												Plan anual de adquisiciones	Un plan anual de adquisiciones aprobado y publicado 2018	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Realizar seguimiento al plan anual de adquisiciones inicial (programado) de acuerdo con el cronograma	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			20%			60%			100%				Proporción de Item Adjudicados	(Número de Items adjudicados en comité)/(Número de Items plasmados en el Plan de compras de Bienes, Servicios y Obra Publica)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Realizar seguimiento al plan anual de adquisiciones no programados de acuerdo con el cronograma	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			100%			100%			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)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Controlar la oportunidad de ejecución del plan anual de adquisiciones a través de los procesos de selección (convocatoria pública, invitación a cotizar y contratación directa)	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones	(Sumatoria de la diferencia de días calendario trascurridos entre la fecha de radicación del Grupo Área Gestión Contractual y la fecha de publicación o notificación a los proveedores / Total de procesos de selección)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los términos establecidos en el plan anual de adquisiciones para la elaboración de los procesos de selección(Convocatoria Pública, Invitación a Cotizar y Contratación Directa)	20%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección	(Procesos del plan anual de adquisiciones inicial tramitados en el mes según cronograma /total de procesos recibidos del plan anual de adquisiciones inicial según cronograma)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
				Revisar y mejorar el proceso de contratación	20%	Cumplir con los términos establecidos para el proceso de contratación institucional	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas				Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Min. 51 Est. 52 Max. 54	Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional	(Promedio ponderado de los resultados de los indicadores de convocatoria pública, directa, invitación a cotizar y aprobación de cotización.)	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
						Cumplir con los términos establecidos para la legalización de los contratos y notificación a los supervisores	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	20 días calendario	Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados	(Sumatoria de días transcurridos entre la fecha de elaboración hasta la fecha de notificación/Total de contratos notificados en el periodo)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						
						Cumplir con los términos establecidos para la liquidación o elaboración de la certificación de ingresos vs pagos de los contratos	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			50%			70%			90%			100%	Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos)	(Número de contratos liquidados y certificados (Ingresos vs pagos)/No. contratos celebrados durante la vigencia anterior que requieren liquidación y certificación)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
						Cumplir oportunamente con los reportes a cargo del área de gestión contractual	25%	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de reportes del área de gestión contractual elaborados oportunamente	(Número de reportes del periodo elaborados dentro de los términos establecidos / Total de reportes a elaborar en el periodo)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

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		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%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG	Mapa de riesgos del proceso GDG actualizado	Eficacia	Profesional Universitario calidad						
						Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG	(Número de indicadores de proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GDG 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	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG	(Número de indicadores POA, proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	12%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GDG	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GDG) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GDG + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GDG) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Control Interno					
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GDG) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	11%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GDG	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GDG / Total de contratos asignados al proceso GDG para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					
						Lograr la habilitación (De acuerdo al estándar que aplique)	12%	Coordinadores Grupo Área Coordinadores Grupo	Calidad									100%				Porcentaje de cumplimiento de estándares de habilitación	(Número de criterios que cumplen/Total de criterios evaluados)*100	Eficacia	Gestor de Calidad					
		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	Nivel de conocimiento de planes prioritizados (Plan de bienestar, Plan de capacitación, PDI, Plan de salud ocupacional)		Lograr el 85% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GDG	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GDG / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GDG) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
						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%)	10%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Área Gestión Contractual Coordinadores de Grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GDG	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GDG / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GDG) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					

OBSERVACIONES:
POA GDG firmado en el mes de Abril de 2018 por diferencias en la concertación de los compromisos del Grupo Área Gestión Contractual.

Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

MARIO MORENO

Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual

RUBIA ELISELLY CARDENAS BAYONA

Subdirector Administrativo y Financiero

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO

