

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 1 de 19			

Fecha del Informe:	02/06/2020
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual I trimestre 2020
Proceso:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional – GSI
Objetivo:	Direccionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.

INTRODUCCIÓN

El Plan Operativo Anual es un componente fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de las estrategias de la institución, buscando mediante un proceso participativo, determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022; la esencia de este proceso es que día a día se identifique las debilidades para convertirlas en fortalezas y mejoramiento continuo, para fortalecer el crecimiento institucional.

Es un Instrumento que apoya el proceso de planificación del Instituto articulando las acciones de la entidad a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales.

1. METODOLOGÍA

Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Análisis cuantitativo del resultado programado vs lo ejecutado de los compromisos, registrados por los responsables de cada indicador y líder del proceso.
- El valor a evaluar corresponde al 100% del trimestre, donde se promedia los resultados.
- Se verifica la oportunidad en el cargue y análisis de los resultados en el aplicativo SIAPINC IV por cada POA.
- Se tiene en cuenta el cumplimiento de los compromisos transversales.
- Se consolida el análisis de los resultados en el formato en Excel de programación y seguimiento del POA, dejando evidencia de los resultados registrados en el SIAPINCIV.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

Criterios de Evaluación	Semaforización
0 a 59 Inoportunidad y bajo cumplimiento de los compromisos	
60 a 74 Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos	
75 a 100 Cumplimiento de los compromisos propuestos	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 2 de 19			

2. RESULTADOS			
Nivel de desempeño			
14 Procesos	0-59% Insuficiente	60-74% Satisfactorio	75-100% Avanzado
Gestión del sistema de desempeño institucional			93%
Diagnóstico y estadificación		68%	
Unidades funcionales de tratamiento	58%		
Gestión de apoyo clínico			82%
Docencia			99%
Investigación			94%
Salud pública			92%
Gestión y desarrollo del talento humano			76%
Gestión de Tecnología e Infraestructura			83%
Gestión de archivo y documental			99%
Gestión del gasto			79%
Gestión contable			83%
Gestión comercial y del ingreso			92%
Gestión de la tecnología			88%
Puntaje promedio INC			85%

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 85% en los planes operativos anuales.

A continuación, se presenta la calificación por cada proceso de acuerdo con los resultados de los indicadores:

1. PROCESO ESTRATEGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Para el primer trimestre de 2020 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%:

Avanzado

- ✓ 90% Ejecución del macroproyecto de mejoramiento ejecutado 9%, Meta 10%
- ✓ 91% Gestión del servicio no conforme ejecutado 63,75%, Meta >=70%
- ✓ 93% Proporción de riesgos tratados en el INC (26 de 28 riesgos).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 3 de 19	

- Min. 70%, Este 80%, Max. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (94.96%). Meta 100%
 - ✓ 96% Satisfacción de los usuarios pacientes (95,79%).
Min. 85%Est. 90%, Max. 100%
 - ✓ 96% Reporte indicadores de satisfacción (20 grupos UFT y sede CpreD) (96,08%).
Min. 85%Est. 90%, Max. 100%
 - ✓ 98% Cumplimiento del plan de acciones comunicativas. Meta 100%
 - ✓ 100% Cierre de acciones de mejora de acreditación (3 de 3 programadas para el periodo).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
 - ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso. 14 PUM elaborados y enviados a los líderes. Meta 14
 - ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares (De acuerdo a los periodos que exija la norma)
 - ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (26 de 26).
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento del plan de responsabilidad social (1 actividad de 1 Programada).
Min. 80%, Est. 90% Max. 100%
 - ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol. Meta 100%
 - ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (92,12%) Meta $\geq 80\%$
 - ✓ 100% Reporte indicador Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)- 15 servicios y Cpred (97,84%)
Meta $\geq 80\%$
 - ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de la gestión de proyectos. Ejecutado 11%, Meta 10%
- Observaciones: Apropiación \$ 47.871 Ejecutado inversión 15%, Actividades 8%

Satisfactorio

- 66% Acciones generales de mejoramiento cerradas (19 acciones de mejora cerradas de 29 programadas para el periodo). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- Observaciones: Acciones de mejora abiertas y vencidas:
- Asistenciales:
- 1- Fortalecer entrega de turno en GAICA.
 - 2- Estrategias de comunicación en uso seguro de medicamentos.
 - 3- Documentar lo relacionado con la estructura de las unidades funcionales.
 - 4- Actualizar documentos unidad hemato oncología
 - 5- Concientización de la importancia de los paraclínicos previos al procedimiento.
 - 6- Revisar y actualizar los documentos para especificar el tiempo de vigencia de los paraclínicos
- Administrativas:
- 1- Divulgar la alineación de las competencias a los funcionarios del Instituto.
 - 2- Aplicar el formato GTH-P02-F20 Consentimiento autorización para tratamiento de datos personales proceso selección interna a los servidores con vinculación del 2016 hacia atrás.
 - 3- Aplicación de encuesta para medir el cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - 4- Realizar un diagnóstico del cumplimiento del anexo de aplicabilidad de ISO 27001

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 4 de 19	

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI. Meta 100%
Observaciones: En el primer trimestre de 2 acciones de mejora en el mes de febrero no se cerró 1 a cargo de la Subdirección General Administrativa y Financiera

Insuficiente

- ✖ 59% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (59,44%) Meta 100%
Observaciones:
Para Enero de 2020 el proceso GSI, tenía 15 ítems definidos para entregar, no se entregaron 2.
Para Febrero de 2020, el proceso GSI, tenía 9 ítems definidos para entregar, no se entregaron 3.
Para Marzo de 2020, el proceso GSI, tenía 4 ítems definidos para entregar, no se entregaron 3.

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 68%:

Avanzado

- ✓ 81% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE. (81,25%). Meta. 100%
Observaciones3 criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Socializa la información con sus equipos de trabajo
- Tiene evidencia de la ejecución del control
- Tiene acciones vencidas
- ✓ 86% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente (85,18%) Meta 100%
Observaciones
Para enero de 2020 el proceso DYE, tenía 351 ítems definidos para entregar, no se recibieron 39.
Para Febrero de 2020 el proceso DYE , tenía 6 ítems definidos para entregar, no se recibieron 2
Para Marzo de 2020 el proceso DYE, tenía 152 ítems definidos para entregar, se recibieron todos
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (97,9%) Meta 100%
- ✓ Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana). (18,67 días).
Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC. (5,67 días)
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio. (15,77 minutos).
- ✓ Mín. 5 minutos, Est. 15 minutos, Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (1,46 días)
Mín. 0 días, Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología. (1,96 días).
Mín. 0 días, Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa institucional para la identificación y manejo de familias con sospecha de cánceres hereditarios. (10%). Meta. 10%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer ejecutado 11%, Meta. 10%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnostico institucional (mediana). (18,67 días).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 19	

- ✓ Mín. 15 días, Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC. (5,67 días).
Mín. 0 días, Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio. (15,77 minutos).
Mín. 5 minutos, Est. 15 minutos, Máx. 20 minutos

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (35 días)
Mín. 5 días Est. 10días Máx. 15 días
- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (14,67 días).
Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- ✗ 0% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (0%)
Observaciones: Enero: 1 acción de mejora abierta del grupo laboratorio, Febrero: 2 acciones de mejora abiertas del grupo imágenes Diagnósticas, Marzo: No habían acciones de mejora programadas
- ✗ 20% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer ejecutado 2%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$52, ejecutado 0%, Actividades: 4%
- ✗ 30% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos ejecutado 3%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 1.806, ejecutado 0%, Actividades: 5%

2.2 Unidades funcionales de tratamiento

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 58%:

Avanzado

- ✓ 76% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (76,34%).
Min. 60% Est.75% Máx.100%
- ✓ 77% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (69,02%).
Mín.75% Est. 80% Máx.90%
- ✓ 79% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (79,07%). Meta. 100%
- ✓ 100% Gestión del programa extensión domiciliaria. (19%). Meta. 10%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,9).
Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (92,12%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (52,31 días).
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,33%).
Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (5,59%).
Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Medición de línea base del indicador Porcentajes de cirugía ambulatorias realizadas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 6 de 19	

Satisfactorio

- 67% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (66,66%). Meta: 100%
Observaciones: Enero: se cerraron oportunamente 2 acciones de mejora, Febrero: No aplica, Marzo: 2 acciones de mejora abiertas, 1 Hematología y 1 Subdirección médica

Insuficiente

- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (39,33 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días – Después de diagnóstico
- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (48,33 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días – Después de diagnóstico
- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (42,67 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días – Después de diagnóstico
- × 0% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (0%)
Observaciones: No fue posible concretar una reunión, ni tampoco se recibió la información del tratamiento a riesgos.
- × 10% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada ejecutado 1%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 409, ejecutado 0%, Actividades: 2%
- × 14% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente (14,14%) Meta 100%
Observaciones
Para Enero de 2020 el proceso UFT, tenía 99 ítems definidos para entregar, no se recibieron 71
Para Febrero de 2020, el proceso UFT, no tenía ítem definido para entregar en el Grupo Área Gestión Contractual.
Para Marzo de 2020, el proceso UFT, tenía 1 ítem definido para entregar, el cual no fue entregado
- × 30% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) ejecutado 3%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 230, ejecutado 2%, Actividades: 3%
- × 50% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC ejecutado 5%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 1.510, ejecutado 0%, Actividades: 10%

2.3 Gestión de Apoyo Clínico

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 82%:

Avanzado

- ✓ 84% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (83,75%).
Min. 75% Est. 85% Max. 100%
- ✓ 85% Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa a hospitalización (ingresos y traslados) y consulta externa 1ra vez del INC. (85,13%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 88% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC. (87,5%). Meta. 100%
Observaciones: 2 criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Socializa la información con sus equipos de trabajo
- Tiene acciones vencidas
- ✓ 89% Registro del dolor en la historia Clínica. (88,93%).
Min. 50% Est. 75% Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 7 de 19	

- ✓ 81% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente (81,19%) Meta 100%
Observaciones :
Para Enero de 2020, el proceso GAC, tenía 117 ítems definidos para entregar, de los cuales no se recibieron 66.
Para Febrero de 2020, el proceso GAC, tenía 9 ítems definidos para entregar, los cuales fueron entregados.
Para Marzo de 2020 el proceso GAC, tenía 3 ítems definidos para entregar, los cuales fueron entregados
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (91,5%) Meta. 100%
- ✓ 97% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería. (97,47%). Meta. 90%
- ✓ 100% Cobertura y acompañamiento de Enfermería en el duelo. (100%). Meta. 90%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,9).
Min. 1.5, Est. 3.0, Max. 4.5
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (92,12%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas. (6,84%).
Min. 10% Est: 15% Max. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triare. (28,44 min).
Mín. 20 min Est. 30 min Máx. 45 min
- ✓ 100% Cumplimiento de las actividades del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP). (10%). Meta. 10%
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (41,13 horas). Meta. <=48 horas
- ✓ 100% Actas, listados de asistencias o registro de evidencias de socialización derechos y deberes a través de las estrategias del plan de comunicaciones (albergues, consulta social). Meta. 2

Satisfactorio

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (66,66%).Meta. 100%
Observaciones: Enero: 2 acciones de mejora abiertas, 1 GAICA y 1 enfermería Febrero: No aplica, Marzo: 2 acciones de mejora cerradas oportunamente

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana). (35 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días Máx. 25 días - Después de diagnóstico
- ✗ 0% Ejecución del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP) ejecutado 0%, meta 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 345, ejecutado 0%, Actividades: 10%

2.4 Docencia

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%:

Avanzado

- ✓ 96% Satisfacción con las prácticas formativas. (95,98%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 98% Satisfacción con la gestión de los convenios. (98,18%).
Min 90% Est 95% Max 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 8 de 19	

- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación. (89,08%). Meta. 80%
- ✓ 100% Cobertura de inducción para estudiantes del INC. (99,57%)
Min. 80% Est 90% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el envío de las calificaciones de los estudiantes. (5,3). Meta. <=15
- ✓ 100% Relación estudiante docente. (1,21). Meta. <=7
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC. (57 estudiantes. Meta. 50
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente (100%) Meta 100%

2.5 Investigación

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de investigación. Ejecutado 23,76%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$ 2.767, ejecutado 24%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (100%) Meta 100%

Satisfactorio

- 70% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación ejecutado 7%, Meta. 10%

2.6 Salud pública

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:

Avanzado

- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. (88,89%). Meta. 100%
- ✓ 93% Proporción de riesgos tratados del proceso SPB. (92,86%). Meta. 100%
Observaciones Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Las acciones de contingencia en caso de que se materialice no las conocía su equipo de trabajo.
- ✓ 100% Anuario estadístico 2017 publicado en la web. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. Ejecutado 19,83%, Meta. 10%
Observaciones: Apropiación \$ 1.316, ejecutado \$ 261
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente (100%) Meta 100%

Satisfactorio

- 60% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. Ejecutado 6%, Meta. 10%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 9 de 19	

Oportunidades de mejora POAS Asistenciales

- Cierre oportuno de acciones de mejora
- Cumplimiento de los indicadores de oportunidad
- Ejecución de los proyectos (Meta para el I trimestre 10%)
- Pendiente definir alcance de la meta PDI: Línea de base calidad de vida de los pacientes en cinco (5) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente. (Pendiente definir tema con Sub. Médica)
- Revisión programaciones POAs, teniendo en cuenta situación actual por COVID – 19

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 76%:

Avanzado

- ✓ 81% Proporción de riesgos tratados del proceso GTH. (81,25%). Meta. 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
 - Evidencia de socializa la información con sus equipos de trabajo
 - Las acciones de contingencia en caso de que se materialice no las conocía su equipo de trabajo
 - No Reconoce las acciones de tratamiento de los riesgos priorizados.
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (86,81%). Meta. 100%
- ✓ 88% Proporción de Bonos pensionales tramitados. (87,5%). Meta. 100%
- ✓ 100% Listado de resultados de evaluación del desempeño laboral de funcionarios de planta en nombramiento provisional. (1). Meta. 1
- ✓ 97% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH (97,22%) Meta 100%
Observaciones:
Para Enero de 2020 el proceso GTH, tenía 8 ítems definidos para entregar, los cuales fueron entregados.
Para Febrero de 2020, el proceso GTH, tenía 18 ítems definidos para entregar, de los cuales no se entregó 1.
Para Marzo de 2020 el proceso GTH, no tenía ítem definido para entregar en el Grupo Área Gestión Contractual.
- ✓ 100% Listado de resultado de evaluación del desempeño laboral de funcionarios de carrera administrativa y libre nombramiento y remoción (consolidado 2019). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Listado de concertación de compromisos de funcionarios de planta en nombramiento provisional. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Listado de concertación de compromisos de funcionarios en carrera administrativa y libre nombramiento y remoción. Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (100%)
Cumple con 2 de las 2 programaciones de acuerdo al cronograma.
- ✓ 100% Registro de Historias Laborales. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Proporción de actos administrativos realizados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Documento de revisión y estandarización de procedimiento de selección. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Resolución y plan de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales. (1). Meta. 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 10 de 19	

- ✓ 100% Resolución del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Acta o correo de notificación de la actualización realizada mensualmente notificando al coordinador grupo área y planeación. (3). Meta. 1

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (67,34 días).
Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✗ 0% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (289,65).
Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✗ 0% Índice de severidad por accidente INC. (388,41).
Min. 0 Est. 50 Max. 100
- ✗ 25% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (25%). Meta. 100
Observaciones: Enero: No aplica, Febrero: 1 acción de mejora abierta del Grupo Área Gestión del Talento Humano, Marzo: 1 acción de mejora abierta de Ciclo de vida laboral
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (33,3%). Cumple con 1 de las 3 programaciones de acuerdo al cronograma
- ✗ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios - Nación. (33,3%). Cumple con 1 de las 3 programaciones de acuerdo al cronograma.
- ✗ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios - Administrados. (100%). Cumple con 3 de las 3 programaciones de acuerdo al cronograma.
- ✗ 50% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (50%). Meta Cumple con 1 de las 2 programaciones de acuerdo al cronograma

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 83%:

Avanzado

- ✓ 75 % Ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo (realizadas en dentro del tiempo establecido) (67,24%) Meta >=90%
- ✓ 83% Ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (82,84%).
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTC (92,31%) Meta 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Socializa la información con sus equipos de trabajo
- ✓ 92% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos y sus relacionados (22,93%) Meta 25%
- ✓ 93% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (93%).
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de las rutinas de verificación (88,52%) Meta 95%
- ✓ 93% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos (3,33 Días)
Min. 3 días, Est. 6 días, Máx. 8 días
- ✓ 94% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (94,10%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 11 de 19	

- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC. Meta 100%
- ✓ 96% Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos (96,07%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 97% Ejecución del cronograma PIGA. Meta 100%
- ✓ 97% Satisfacción del servicio de vigilancia (97%).
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (98,58%).
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Lavandería (99,47%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR (15) Meta 5
- ✓ 100% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC ejecutado 10%, meta 10%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de mantenimiento (99.53%) Meta >=90%
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (3 reportes) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (5,40 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,10%)
Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo. (100%).
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Procedimiento de vigilancia tecnológica con tecnología clínica actualizado en SIAPINC
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica ejecutado 26,03%, Meta 10%
- ✓ 100% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica ejecutado 10%, Meta 10%

Satisfactorio

- 67% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (66,66%) Meta 100%
Observaciones:
Para enero de 2020 el proceso tenía 45 ítems definidos para entregar, de los cuales no se entregaron 5.
Para febrero de 2020 el proceso GTC, tenía 40 ítems definidos para entregar, de los cuales no se entregaron 20
Para Marzo de 2020 el proceso GTC, tenía 18 ítems definidos para entregar, de los cuales no se entregaron 7
- 73% Ejecución de presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación Ejecutado 7,25%, Meta 10%
Observaciones: El 3% que no se ejecutó corresponde a suspensión del contrato de licencias para patología, se encuentra pendiente la licencia del edificio administrativo y todas las obras grandes estructurales están suspendidas por tema de COVID 19

Insuficiente

- ✗ 0% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (10 días) Meta <= 8 días
- ✗ 0% Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento correctivo (15,25 horas)
Min. 1 hora, Est. 3 horas, Máx. 6 horas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 12 de 19	

Observaciones: En el mes de febrero se presentaron paradas en 3 equipos de las empresa G&G, KAIKA, NOVATECNICA. Por demoras en la importación de repuestos.

- ✖ 10% Funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (8%) Meta 80%
Observaciones: Se atendieron 36 funcionarios de un total de 450 que solicitan el servicio del comedor.
- ✖ 33% Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento integral) (1 informe presentado) Meta 3 informes

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%:

Avanzado

- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GAD (92,32%) Meta 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Tiene acciones vencidas a la fecha de la última revisión
- ✓ 100% Desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File) (100%) meta 100%
- ✓ 100% Implementación fase I de la estrategia de generación de documentos electrónicos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel. Plan de eficiencia y Cero papel aprobado y firmado por el Subdirector Administrativo
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente

3.4 Gestión del gasto

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 79%:

Avanzado

- ✓ 82% Estudios previos revisados y gestionados (82,37%) Meta 100% (203 estudios gestionados de 239)
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG
- ✓ 93% Ejecución por concepto de ingreso ejecutado 28,02%, Meta 30%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta ≤5%
- ✓ 100% Acta o informe de reuniones de austeridad realizada (1 acta) Meta 1
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Ejecución del PAC - Recurso Nación. Ejecutado 99,77% Meta 95%
- ✓ 100% Item Adjudicados adicionales (40,35%) Meta 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (7,01 días) Meta 15 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización (24,57 días) Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (5,11 días) Meta 20 días
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos ajustados (36 estudios previos ajustados de 36 devueltos para ajustar)
- ✓ 100% Anteproyecto de presupuesto nación (Anteproyecto elaborado y radicado)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 13 de 19	

- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG
- ✓ 100% Oportunidad en la publicación del plan de adquisiciones (plan publicado en el SECOP el 29 de enero de 2020)
- ✓ 100% Cumplimiento del plan anual de adquisiciones (100%)
Mín. 10%, Est. 50%, Máx. 100%
Observaciones: 329 ítems adjudicados de 289 programados para el trimestre
- ✓ 100% Ítem presentados a comité (100%)
Mín. 10%, Est. 50%, Máx. 100%
Observaciones: 438 ítems presentados a comité de 289 programados para el trimestre

Satisfactorio

- 69% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG
Observaciones 4 criterios que no se cumplieron de los 13 evaluados:
 - Socializa la información con sus equipos de trabajo
 - Las acciones de contingencia en caso de que se materialice no las conocía su equipo de trabajo
 - Las acciones de tratamiento no se están desarrollando correctamente porque se han corrido fechas de cumplimiento en varias ocasiones
 - Tiene acciones vencidas
- 73% Porcentaje de ejecución rendimiento financiero (acumulado) Ejecutado 10,91%, Meta 15%
Observaciones: 810 millones recaudo/ 7496 presupuestado

Insuficiente

- ✗ 0% Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional (56,14 días)
Mín. 51 días, Est. 52 días, Máx. 54 días.
(No se pone fecha todos los estudios previos radicados)
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (68,66 días)
Mín. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (93,2 días).
Mín. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días
- ✗ 29% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (29%),
Min. 10%, Est. 50%, Max. 100%
Observaciones : 29 (29%) de los 100 contratos que se deben liquidar a el primer trimestre del 2020
- ✗ 50% Estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente (50%) Meta 100%
Observaciones
Para Enero de 2020 el proceso GDG, tenía 7 ítems definidos para entregar, de los cuales se recibieron 7.
Para Febrero de 2020, el proceso GDG, tenía 3 ítems definidos para entregar, de los cuales se recibieron 0.
Marzo no tenían estudios previos para entregar

3.5 Gestión contable

Para el primer de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 83%:

Avanzado

- ✓ 77% Cumplimiento de prestaciones costeadas (76,56%) Meta 100%
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 14 de 19	

Observaciones: No se cumplió 1 criterio de las 13 evaluadas:

- Las acciones de contingencia en caso de que se materialice no las conocía su equipo de trabajo
- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 reporte) Meta 1
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las factura (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web (Estados financieros elaborados y publicados pagina web)
- ✓ 100% Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS (3 reportes) Meta 3
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (Se presentaron 10 declaraciones en el trimestre)
- ✓ 100% Cumplimiento de la revisoría fiscal
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección administrativa (3 reuniones) Meta 3
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO
- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1) Meta 1
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente (100%)

Insuficiente

- ✗ 0% Costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (97,95%) Meta <=80%
Observaciones: Costo mensual 272,671,713,556/ Ingresos operacionales 278,390,233,726
- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (18 días) Meta <=15 días (de acuerdo con las evidencias enero 20 días, Febrero: 19 días, Marzo: 16 días)

3.6 Gestión comercial y del ingreso

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:

Avanzado

- ✓ 76% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (76,27%)
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 79% Autorizaciones obtenidas (70,72%) Meta >=90%
- ✓ 86% Cumplimiento de las metas de recaudo (85,81%)
Min. 90% Est. 95% Máx.100%
- ✓ 88% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCM
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Evidencia de la ejecución del control
- ✓ 90% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo (90,24%)
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 96% Conciliación de cartera con las ERP (95,92%) Meta 100% (47 de 49)
- ✓ 98% Glosa Recibida (22,81%)
Min. 18% Est. 20% Max. 22%
- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (99,45%)
Min. 90% Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Informe de producción de facturación
- ✓ 100% Implementación de la factura electrónica emitida (44%) Meta 30%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 15 de 19	

- ✓ 100% Documento plan integral de cartera actualizado y presentado en comité de cartera
- ✓ 100% Oportunidad ingreso de glosa (1,86 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias (3,07 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria (0,83 días) Meta <=1 día
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (99,98%) Meta 100%
- ✓ 100% Documento plan de ventas institucional. Documento elaborado y aprobado
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (24%) Meta 24%
- Observaciones: ventas por 71,722,660,381
- ✓ 100% Incremento en la venta de servicios con nichos distintos a EPS (21,07%) Meta 10%
- Observaciones: Ventas acumuladas con medicina prepagada por valor \$168.099.090
- ✓ 100% Plan de mercadeo actualizado
- ✓ 100% Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos
- ✓ 100% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (29,17%) Meta 25% (7 actividades ejecutadas de 24 programadas)
- ✓ 100% Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (Documento actualizado)
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (99,67%)
Min. 80% Est. 85% Max. 90% (307 solicitudes gestionadas de 308 recibidas)
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM

Satisfactorio:

- 60% Documento plan de intervención de objeciones y glosas (El documento se encuentra en borrador)

Insuficiente:

- ✗ 0% Estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente
- Observaciones:
Enero de 2020, no tenía ítem definido para entregar.
Para Febrero de 2020, el proceso GCI, tenía 1 ítems definidos para entregar, de los cuales NO se recibieron a cargo de mercadeo
Para Marzo de 2020, no tenía ítem definido para entregar

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el primer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Avanzado

- ✓ 79% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTI
- Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
 - Socializa la información con sus equipos de trabajo
 - Las acciones de contingencia en caso de que se materialice no las conocía su equipo de trabajo
 - Tiene acciones vencidas.
- ✓ 97% Incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (87,34%)
Min. 70%, Est. 80% Max. 90%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 16 de 19	

- ✓ 100% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE II (25%). Meta 25%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,97%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,93%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Disponibilidad del sistema SAP (99,90%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (579 milisegundos) Meta <=1500
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%)
Mín. 93%, Est. 96%, Máx. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%)
Mín. 80% Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo critico solucionados dentro de periodo (100%)
Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (99,12%) Meta >=90%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto el proyecto de sistematización integral ejecutado 21,92%, Meta 10%
- ✓ 100% Avance de actividades del proyecto de sistematización integral ejecutada 10%, Meta 10%

Insuficiente:

- ✗ 40% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (39,60%) Meta 100%
Observaciones
Para Enero de 2020, el proceso GTI, tenía 14 ítems definidos para entregar, de los cuales no se recibieron 6.
Para Febrero de 2020, el proceso GTI, tenía 12 ítems definidos para entregar, de los cuales no se recibieron 7.
Para Marzo de 2020, el proceso GTI, tenía 5 ítems definidos para entregar, de los cuales no se recibieron 4
- ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI
Observaciones: Acción de mejora PMG-19-00014 con vencimiento 10/01/2020 a cargo del Grupo Área Tecnologías de la información, la cual se mantiene abierta.

Oportunidades de mejora POAS administrativos

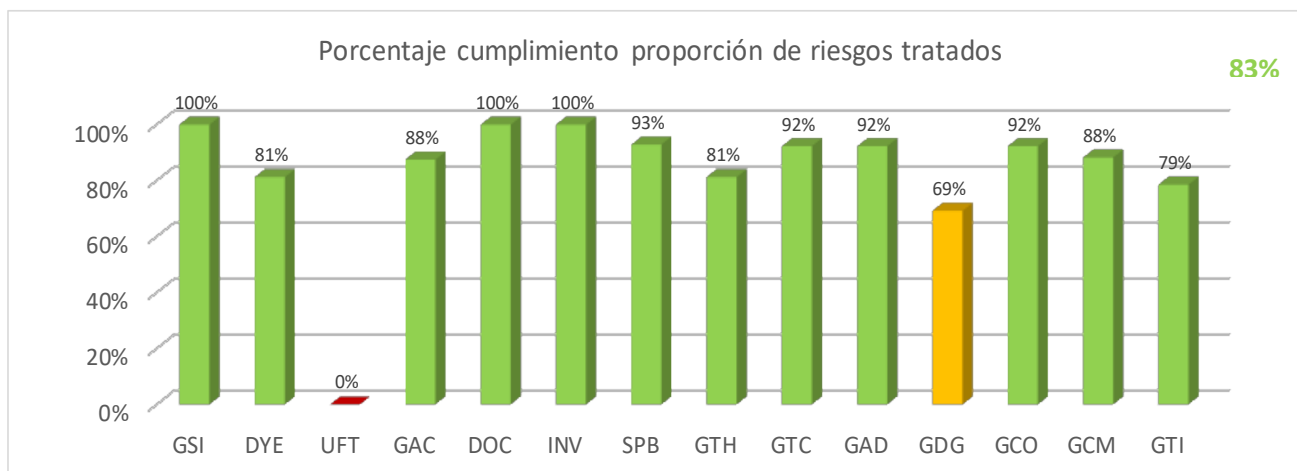
- Oportunidad de mantenimientos correctivos y preventivos con empresas externas se vio afectado por la pandemia de COVID 19
- Oportunidad en el proceso de contratación institucional en todas sus modalidades.
- Cierre oportuno de acciones de mejora.
- Revisión programaciones POAs, teniendo en cuenta situación actual por COVID – 19

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

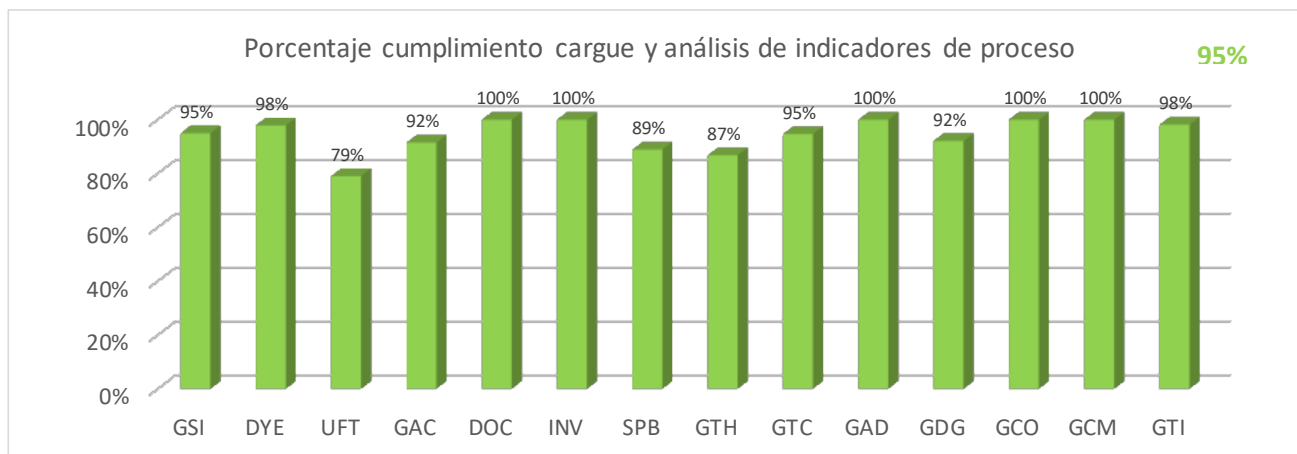
A continuación se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el primer trimestre 2020:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 17 de 19	

- Proporción de riesgos tratados



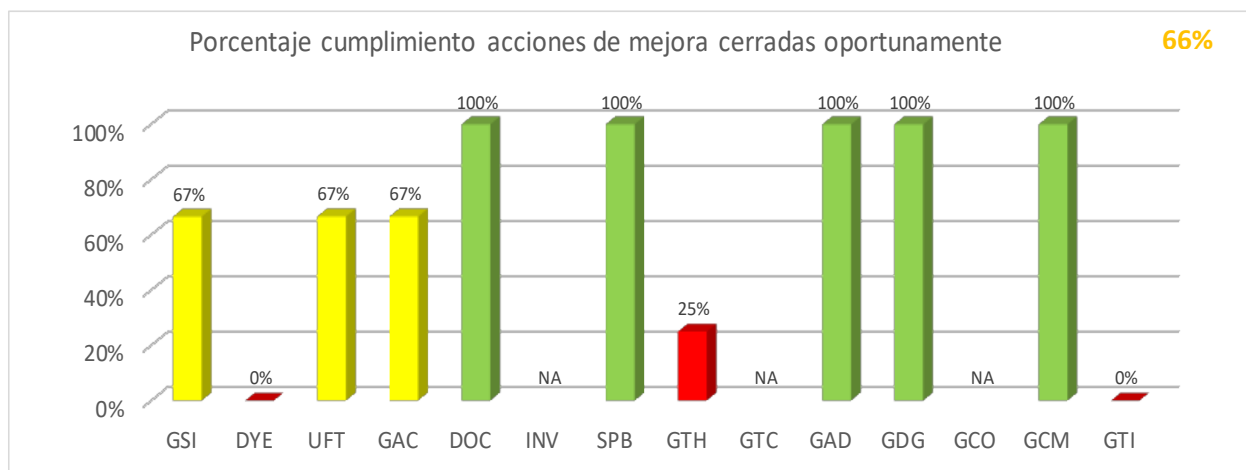
- Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso



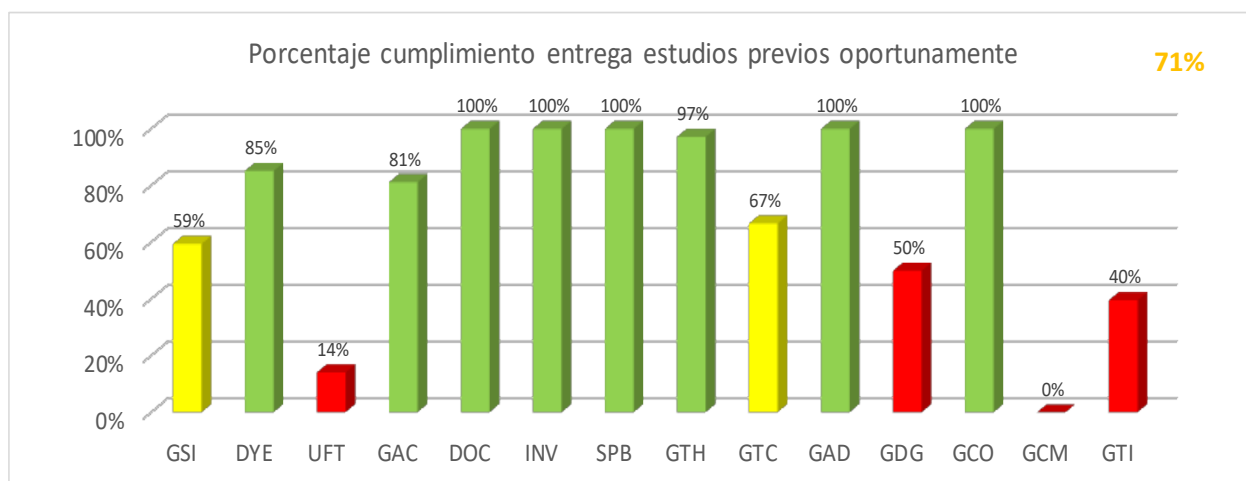
- Oportunidad cargue y análisis indicadores POA del proceso. El indicador fue calificado no aplica teniendo en cuenta la fecha de cargue de los poas en siapinc. De acuerdo a circular No. 00046-2020, se dio plazo para cargue de indicadores retroactivos hasta el 15 de mayo 2020 por lo que se no podía medir la oportunidad.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 18 de 19	

- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



- Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 19 de 19	

5. OBSERVACIONES GENERALES DEL SEGUIMIENTO

- Por tema de contingencia del COVID 19, algunos poas fueron aprobados por correo electrónico y fueron cargados en siapinc entre los meses de abril y mayo 2020
- De acuerdo a circular No. 00046-2020, se dio plazo para cargue de indicadores retroactivos hasta el 15 mayo de 2020
- Se presentó seguimiento versión 1 en Comité Directivo el día 26 de mayo de 2020 el cual fue enviado a los líderes
- De acuerdo con las observaciones recibidas se envía seguimiento versión 2 el día 2 de junio de 2020.

Giovana Guerrero C

Elaborado por

Hedy Giovana Guerrero Correales
Técnico Operativo

Adriana P83

Aprobado por

Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas