

	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 23			

Fecha del Informe:	21/09/2020
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual II 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.
- Los indicadores con umbral rangos de gestión el seguimiento y evaluación se realizó sobre el límite máximo del indicador.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

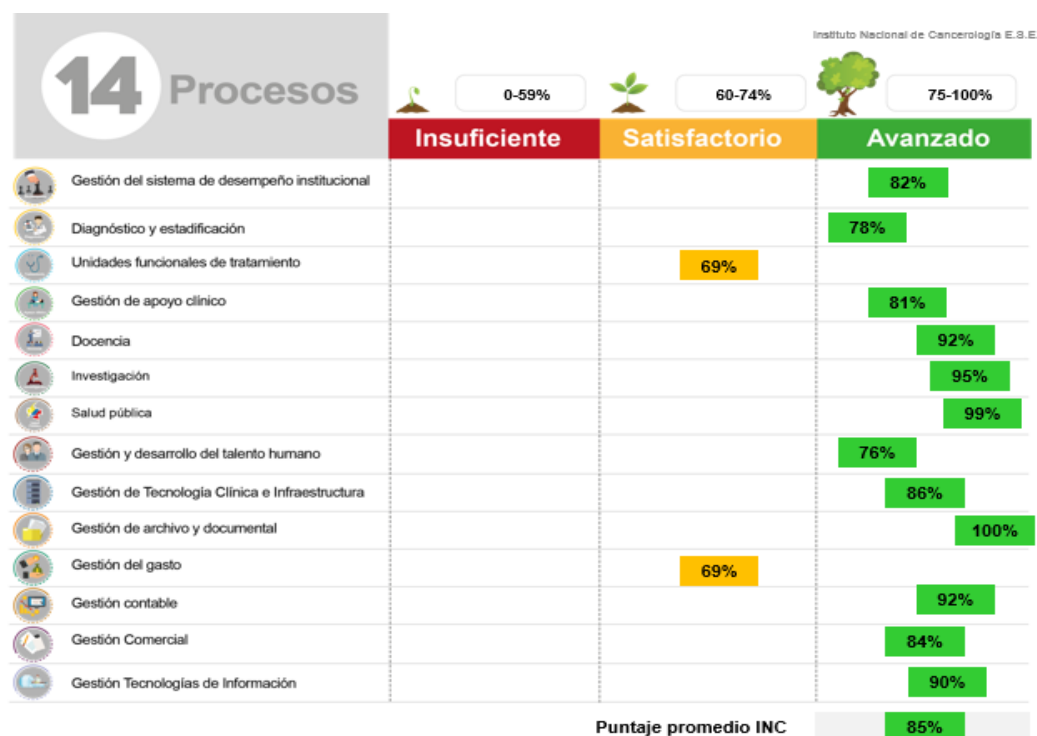
Criterios de Evaluación	Semaforización
0 a 59 Inoportunidad y bajo cumplimiento de los compromisos	
60 a 74 Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos	
75 a 100 Cumplimiento de los compromisos propuestos	

	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 23	

Observaciones generales

- Las nuevas versiones de los POAS fueron enviados para firma digital, por lo cual se presentaron demoras en este proceso. (promedio 17 días)
- A la fecha los POAS GTH, GAC y DYE se encuentran en proceso de firma, sin embargo, se realizó seguimiento preliminar con la versión que se encuentra en proceso.
- Este seguimiento se realizó teniendo en cuenta las solicitudes de modificación recibidas y aprobadas.
- Los ajustes en SIAPINC de los indicadores que afectan el Plan de Desarrollo Institucional, se realizarán una vez sean aprobado por Junta Directiva.
- Los indicadores formulados con rangos de gestión se califican de acuerdo al límite máximo del indicador.
- Total, compromisos POA II trimestre 292
Satisfactorio 7
Insuficientes 49

2. RESULTADOS



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

	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 23	

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Observaciones:

- Indicador sin cargue y análisis.
- Indicadores cargados fuera de tiempo (2 meses después de lo programado):
- Se debe mejorar la gestión de los proyectos especialmente en la ejecución presupuestal.
- Total, compromisos 30
Insuficientes 4
Satisfactorios 2

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

Avanzado

- ✓ 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 del macroproyecto de mejoramiento. (46%) Meta 40
Observaciones: Apropiación \$ 3.889, Ejecutado \$ 2.515 =65%; Actividades 27%
- ✓ 100% Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional.
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos. (100%). Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional. Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario. Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol.
- ✓ 100% Plan de producción y ventas institucional (plan elaborado).
- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme. (74,17%). Meta >=70%
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (96,03%). Meta >=80%
- ✓ 100% Reporte indicador Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (99,50%)
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI.
- ✓ 100% Acciones de mejoras implementadas por referenciación (100%). Min. 40%, Est. 50%, Max. 60%
- ✓ 100% Acta de comité directivo donde se evidencie la socialización de propuesta normativa
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente. Meta 100%
- ✓ 99% Cumplimiento del plan de acciones comunicativas. Meta 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI
Observaciones: Para el mes de junio no se registró análisis en el indicador de Proporción de derechos de petición resueltos antes de 15 días
- ✓ 97% Proporción de riesgos tratados en el INC. (97,43%). (Cierre efectivo a 38 de 39 riesgos). Min. 70%, Est. 80%, Max. 100%
- ✓ 96% Satisfacción de los usuarios pacientes. (95,93%). Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 96% Reporte indicadores de satisfacción (20 grupos UFT). Meta 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 4 de 23	

- ✓ 86% Cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022, vigencia 2019. (86%). Min. 80% Est. 95% Max. 100%
Observaciones: Cumplimiento desagregado por ejes: dirección 86%, misional 88% y apoyo 85%
- ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI
- ✓ Observaciones: Para el II trimestre sin dato ni análisis 6.5 indicadores de 47 programados
- ✓ 80% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI
- ✓ Observaciones: Para el mes de abril de un total de 2 acciones de mejora 2 Acciones cerradas. Para el mes de mayo 1 acción de mejora la cual se cerró. Para el mes de junio de un total de 5 acciones de mejora (2) Acciones cerradas, (2) acciones modificadas en fecha y (1) abierta

Satisfactorio

- 68% Cumplimiento de la gestión de proyectos. (27%). Meta 40%
Observaciones: Ejecución presupuesto: \$52.453/\$14.679 = 28%. Ejecución actividades: 33%
- 62% 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:
Acciones de mejora abiertas y vencidas:
Asistenciales:
1- Socialización registros médicos en la historia clínica en GAICA.
2- Capacitación de la estrategia multimodal lavado de manos a los 4 observadores designados.
3- Socialización lista de chequeo de verificación calidad registros de enfermería en GAICA
4-Socialización paquete instruccional prevención de caídas al personal de enfermería de GAICA
5- Socialización proceso de canalización de venopunción en pediatría
6- Socialización prevención de lesiones de marsi en pediatría
7- Actualización del procedimiento en quirófanos y medicina perioperatoria
8- Actualización del procedimiento para atención en radioterapia oncológica y física médica
9- Garantizar el completo registro del consentimiento informado (firma por parte del paciente)
10- Garantizar el cumplimiento de los protocolos del procedimiento para atención en radioterapia oncológica y física médica
11- Actualizar PPS-20 v.1
12- Realizar el protocolo de procedimiento en salud braquiterapia conformacional en tumores ginecológicos
13- Realizar el protocolo manejo de complicaciones secundarias en inserción catéter venoso central
14-Re entrenamiento en la inserción catéter venoso central
15- Modificación del protocolo de inserción catéter venoso central
16- Socialización protocolo de colocación de catéter venoso central en salas de cirugía
17- Aplicación de estrategia seguimiento activo
18- Aplicar la estrategia búsqueda activa en hematología y oncología
19- Capacitación en reporte de evento adverso
20-Seguimiento a la optimización de conocimiento y adherencia al tratamiento
Administrativas:
1- Remitir información de disposición de tecnologías de apoyo para actualizar manual de activos fijos.
2- Implementar fase 3 de señalización en el INC
3- Implementar modelo PGP en 2 entidades
4- Hacer inventario de todos los tableros electrónicos y realizar señalización de los que falten

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 23	

- 5- Sensibilización sobre cumplimiento seguridad
- 6- Monitoreo permanente cumplimiento lavado de manos, distanciamiento y uso de EPP
- 7- Seguimiento cumplimiento de los indicadores establecidos contractualmente
- 8- Ejecutar las rutinas de verificación
- 9- Elaborar precios de referencia del INC
- 10- Estudios previos con especificación de evaluación técnica según necesidad
- 11- Presentación y aprobación de la propuesta de capacitación virtual en el uso, limpieza y desinfección de equipos.
- 12- Realizar informe semanal de órdenes y avisos abiertos a través del sistema de información
- 13- Desplegar la política de tratamiento de datos personales

Insuficiente

- ✖ 5% Cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (5%). Min. 80% Est. 90% Máx.100%
Observaciones: Se aplicaron 1300 encuestas, de las cuales solo contestaron 70
- ✖ 0% Ejecución del plan de cooperación (indicador cargado fuera de tiempo, 10 de agosto compromiso POA para el mes de junio)
- ✖ 0% Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer (indicador cargado fuera de tiempo, 10 de agosto compromiso POA para el mes de junio)
No registra dato ni análisis
- ✖ 0% Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 78%

Total, compromisos 17

Insuficiente 4

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana). (25,67 días). Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC. (5 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio. (8,86 min). Mín. 5 minutos. Est. 15 minutos Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (3.29 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología. (1,46 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. (48%). Meta. 20%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 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. (54,5%). Meta. 40%

	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 23	

- ✓ Observaciones: Apropiación: \$ 556, meta acumulada: \$ 222, ejecución: \$ 157= 71%; Actividades: 38%
- ✓ 100% Oportunidad en la toma del PET. (15,3 días) Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (99,40%). Meta. 100%
- ✓ 94% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE. (93,75%). Meta. 100%
- Observaciones: Cumple con 15 de los 16 criterios de riesgos
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (92,65%) Meta. 100%
- ✓ 77% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. (77,1%). Meta. 100%
- Observaciones: Abril: 5 programados, 3 entregados. Mayo: 18 programados, 18 entregados. Junio: 7 programados, 5 entregados

Insuficiente

- ✗ 48% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, Fito terapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (19%). Meta. 40%
- Observaciones: Apropiación: \$ 1.806, Meta acumulada: \$722, Ejecución: \$ 26 = 3,6%; Actividades: 35%
- ✗ 25% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. (10%). Meta. 40%
- Observaciones: Apropiación: \$ 52, Meta acumulada: \$ 20, Ejecución: \$ 0; Actividades: 20%
- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (12,82 días). Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- No registra dato ni análisis**
- ✗ 0% Cumplimiento de requisitos de certificación en Buenas Prácticas de Elaboración de Radiofármacos - BPER

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

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

Total compromisos 21

Insuficientes 4

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura y acompañamiento de Enfermería en el duelo. (100%). Meta. 90%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,37). Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Acta de equipos primarios de mejoramiento donde se evidencie el análisis de los incidentes y eventos adversos más frecuentes asociados a la atención. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (96,03%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana). (19,33 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas. (14,21%). Min. 10% Est. 15% Max. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage. (18,61 minutos). Mín. 20 min Est. 30 min Máx. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (41,17 horas). Meta. <=48 horas
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería. (90,9%). Meta. 90%
- ✓ 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). (16). Meta. 2
- ✓ 92% Registro del dolor en la historia Clínica. (92,28%). Min. 50% Est. 75% Max. 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de las actividades del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer

	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 23	

- (CEGIP). (18%). Meta. 20%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (89,25%). Meta. 100%
- ✓ 88% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC. (87,50%). Meta. 100%
- Observaciones: Cumple con 14 de los 16 criterios de riesgos
- ✓ 87% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (87,41%). Min. 75% Est. 85% Max. 100%
- ✓ 85% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (84,78%). Meta 100%
- ✓ 77% Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa a hospitalización (ingresos y traslados) y consulta externa 1ra vez del INC. (77,47%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 50% Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (50%). Meta. 100%
- Observaciones Abril: 4 programados, 4 entregados; Mayo: No aplica; Junio: 2 programados, 0 entregados
- ✗ 40% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (40,22%). Meta. 100%
- Observaciones: Abril: 2 programadas; 1 cerrada; 1 abierta (enfermería). Mayo: no aplica. Junio: 23 programadas; 7 cerradas; 16 abiertas
- ✗ 0% Ejecución del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP). (0%). Meta. 10%
- Observaciones: Apropiación: \$ 345, Meta acumulada: \$ 34,5, Ejecución: \$ 0
- No registra dato ni análisis**
- ✗ 0% Definir estrategia de socialización y encuesta a los pacientes para medir el nivel de conocimiento de derechos y deberes a pacientes de primera vez (Cargue realizado fuera de tiempo)

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 69%:

Total compromisos 24

Satisfactorio 2

Insuficiente 7

Avanzado

- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,37). Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (96,18%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (48 días). Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (22 días). Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (22,23 días). Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (20%). Meta. 20%
- ✓ Observaciones: Apropiación: \$ 230, Ejecución: \$ 51; Actividades: 18%
- ✓ 100% Línea base del indicador Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas. (línea base 3,13). Meta. Medición de línea base
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,18%)*. Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (6,07%)*. Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Cirugía ambulatorias realizadas. (36,67%). Meta. Línea base

	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 23	

- ✓ 100% Informe de diagnóstico de los programas existentes presentado a la Subdirectora Médica. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Gestión del programa extensión domiciliaria. (67%). Meta. 40%
- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (83,82%). Meta. 100%
Observaciones: 34 indicadores de POA programados, 28.5 con cargue y análisis oportuno
- ✓ 80% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. (32%). Meta. 40%
Observaciones: Apropiación: \$ 1.510, Ejecución: \$ 400; Actividades: 38%
- ✓ 79% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (79,12%). Min. 60% Est.75% Máx.100%

Satisfactorio

- 72% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (72,02%). Meta. 100%
Observaciones: Abril: 66,5 indicadores sin dato ni análisis=23,8%. Mayo: 49,5 indicadores sin dato ni análisis=26,47%. Junio: 48 indicadores sin dato ni análisis=24,87%
- 67% Proyecto de unidad de clínicas endoscópicas presentado y aprobado. (0,66). Meta. 1
Observaciones: De acuerdo con el acta de comité científico del 11 de mayo de 2020 en el punto 4 de la agenda se presentó el proyecto Renovación Unidad De Gastroenterología Oncológica Y Endoscópica Digestiva Del INC, sin embargo no fue aprobado teniendo en cuenta que le solicitaron realizar algunos ajustes al proyecto. 67% ya que se encuentra formulado, presentado, sin embargo por solicitud del comité se deben realizar los ajustes correspondientes por lo que no fue aprobado (2/3)

Insuficiente

- ✗ 48% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (43,12%). Mín.75% Est. 80% Máx.90%
 - ✗ 23% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (9%). Meta. 40%
Observaciones: Apropiación: \$ 409, Meta acumulada: 163,6, Ejecución: \$ 0; Actividades: 17%
 - ✗ 7% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (6,67%). Meta. 100%
Observaciones: Abril: 5 programados; 1 entregado. Mayo: 1 programado; 0 entregado. Junio: 1 programado; 0 entregado
 - ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (32,22 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
 - ✗ 0% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (0%). Meta. 100%
Observaciones: No fue posible realizar el seguimiento a los riesgos del proceso UFT
 - ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (0%). Meta 100%
- No registra dato ni análisis**
- ✗ 0% Ficha del programa de Mieloma múltiple.

2.4 Docencia

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:
Total compromisos 16
Insuficiente 1

	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 23	

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Bienestar para el personal en formación del INC. (38,46%). Meta 15%
- ✓ 100% Implementación del plan de desarrollo docente del INC. (27,27%). Meta. 8,5%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación. (81,40%). Meta. 80%
- ✓ 100% Satisfacción con la gestión de los convenios. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Procedimientos de docencia actualizados y medidos en la línea de los principios institucionales BOTOSS. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cobertura de inducción para estudiantes del INC. (100%). Min. 80% Est 90% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el envío de las calificaciones de los estudiantes. (9,9). Meta. <=15
- ✓ 100% Relación estudiante docente. (0,94). Meta. <=7
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas. (97,92%). Min. 80% Est 90% Max. 100%
- ✓ 75% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC. (75%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC. (0%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

2.5 Investigación

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%:

Total compromisos 11

Insuficiente 1

Avanzado

- ✓ 100% Procedimiento de investigación articulado con la gestión de proyectos institucional. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de investigación. (29,63). Meta. 25%
- ✓ 100% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. (29%). Meta. 25%
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. (100%). Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acta de comité directivo con la presentación de la propuesta de la política de investigación. (1). Meta. 1

Insuficiente

- ✗ 46% Estudios de investigación cerrados. (28,57%). Meta. 62%
Observaciones: Para el I semestre se cerraron 12 proyectos de investigación de los 42 proyectos acumulados por cierre

	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 23	

2.6 Salud pública

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

Total compromisos 17

Avanzado 17

Avanzado

- ✓ 100% Documento con las recomendaciones diseñado y socializado ante el Ministerio de Salud y Protección Social. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Acta de reunión con la Superintendencia Nacional de Salud con la presentación del Modelo de evaluación de seguimiento de servicios oncológicos. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Boletines de vigilancia tecnológica entregados al Comité editorial. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Acta de las asistencias técnicas a entidades territoriales. (2). Meta. 2
- ✓ 100% Acta de presentación y probación del comité científico del programa institucional de tele oncología. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Evidencia del sometimiento del anuario 2018. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Evidencia con la solicitud por parte del registro poblacional de cáncer de Cali para ser parte de Infocancer e informes de Lucacian con el ajuste de la plataforma para el ingreso del registro. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa. (2). Meta. 2
- ✓ 100% Número de acciones de réplica radicadas ante los medios de comunicación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de documentos técnicos radicados ante la entidad respectiva (Ministerio de Salud, Congreso de la Republica o concejo Distrital. (2). Meta. 2
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (46,81%). Meta. 25%
- ✓ 100% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (32%). Meta. 25%
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente. (100%). Meta. 100%
- ✓ 75% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. (75%). Meta. 100%

Oportunidades de mejora POAS Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos.
- Seguimiento preliminar del POA a los procesos DYE y GAC ya que se encuentran en proceso de firma digital

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

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

Total compromisos 27

Insuficientes 7

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 11 de 23	

Observaciones:

- Por la contingencia del Covid 19 justifican el no cumplimiento algunos indicadores.
- Mejorar la oportunidad en la liquidación de los salarios.
- Mejorar la oportunidad en el proceso de contratación.
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (13,3 días). Meta. 30 días
- ✓ 100% Registro de Historias Laborales. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Proporción de actos administrativos realizados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (45,50 días). Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). (53 días). Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Rotación del personal. (2,35). Meta. Línea base
- ✓ 100% Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (7,97). Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 100% Porcentaje de ausentismo por causas definidas. (3,96%). Meta. <=4%
- ✓ 100% Acta o correo de notificación de la actualización realizada mensualmente notificando al coordinador grupo área y planeación. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Documento de base de datos de capacidad instalada de planta y aliados estratégicos en PDF firmado por coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano y coordinador del grupo planificación. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (96,67%). Meta. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (95,89%). Meta. 100%
- ✓ 93% Ausentismo por causas definidas. (3,96%). Meta. <=4%
- ✓ 85% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. (85,16%). Meta. 100%
- ✓ 85% Índice de severidad por accidente INC. (84,81). Min. 0 Est. 50 Max. 100
- ✓ 85% Proporción de riesgos tratados del proceso GTH. (84,62%). Meta 100%
- ✓ 83% Proporción de Bonos pensionales tramitados. (83,33%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (33,33%). Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo al cronograma
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (33,33%). Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo al cronograma
- ✗ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios – nación (33,33%). Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo al cronograma
- ✗ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios-administrados (33,33%). Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo al cronograma
- ✗ 0% Documento plan de intervención de clima y riesgo institucional. (0). Meta. 1
- ✗ 0% Propuesta donde se definan los lineamientos para el control de las ausencias legales. (0%).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 12 de 23	

Meta. 1

- ✖ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (0%).

Observaciones: Abril: 1 programada, 0 cerrados (grupo área talento humano). Mayo: no aplica. Junio: 2 programadas, 0 cerradas (seguridad y salud en el trabajo)

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 86%:

Total compromisos 35

Satisfactorio 1

Insuficiente 4

Observaciones:

- Mejorar la gestión de los macroproyectos especialmente en la parte presupuestal
- La oportunidad de los mantenimientos tanto en infraestructura como en tecnología clínica se ha visto afectada por temas contractuales como suministros, disponibilidad de técnicos y demoras por temas del Covid – 19.
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos.

Avanzado

- ✓ 100% Términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores: Meta 100%
- ✓ 100% Funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 80%
- ✓ 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% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (4,63 días) Meta ≤5 días
- ✓ 100% Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento integral) (3 informes). Meta 3
- ✓ 100% Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR (15 informes). Meta 5
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (3 reportes) Meta 1
- ✓ 100% Plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas (plan documentado)
- ✓ 100% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (35%) Meta 30%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de mantenimiento (100%). Meta ≥90%
- ✓ 100% Cumplimiento en limpieza y desinfección (99,69%). Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,06%). Min. 1%, Est. 3%, Max. 5%
- ✓ 100% Cumplimiento de las rutinas de verificación (96,21%) Meta 95%
- ✓ 100% Cumplimiento de gestión de análisis de incidencias y eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos (100%). Min. 50%, Est. 75%, Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos (7,03 días). Min. 3 días, Est. 6 días, Máx. 8 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 13 de 23	

- ✓ 100% Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento correctivo (12,34 horas) Min. 1 horas, Est. 9 horas, Máx. 18 horas
- ✓ 100% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (39,80%) Meta 40%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99%). Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 98% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97,67%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 98% Satisfacción servicio de Lavandería (98,33%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 96% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (95,75%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos (95,28%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 92% Ejecución del cronograma PIGA (91,88%) Meta 100%
- ✓ 87% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (30,34%) Meta 35%
Observaciones: Apropiación \$13.715, ejecutado \$4.161
- ✓ 85% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTC (84,62%) Meta 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
 - Las acciones de tratamiento se están desarrollando correctamente
 - Tiene acciones vencidas
- ✓ 85% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (84,82%) Meta 100%
- ✓ 83% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (83,33%) Meta 100%
Observaciones Para el mes de abril no se registró 1 indicador de 7 programados
Para el mes de mayo no se registraron 2 indicadores de 7 programados, el indicador que no registro dato ni análisis fue: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo y el indicador que no registro análisis fue: Oportunidad en el cierre de solicitudes de mantenimiento correctivo de equipos médicos.
Para el mes de junio no se registró 1 indicador de 7 programados, el indicador que no registró dato ni análisis fue: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo.
- ✓ 77% Ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (76,50%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones : En el mes de abril se recibieron un total de 440 órdenes de servicios no se realizaron 75 puesto que se requiere un tiempo mayor para la resolución por temas contractuales.
En el mes de mayo de 2020 se recibieron un total de 561 órdenes de servicio no se realizaron 180 puesto que se requiere un tiempo mayor para la resolución por temas contractuales
En el mes de junio de 2020 se recibieron un total de 337 órdenes de servicio no se realizaron 72 puesto que se requiere un tiempo mayor para la resolución por temas contractuales
- ✓ 75% Ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo (67,31%) Meta >=90%
Observaciones : El número de órdenes realizadas con oportunidad no se llega al 90% ya que el proceso de cierre de las órdenes en el sistema SAP está en proceso de mejoramiento, se realizarán distintas capacitaciones y socializaciones de este tema con los contratistas correspondientes, en otros casos este tiempo aumenta ya que se requiere de material específico o es una adecuación menor la cual exige mayor esfuerzo. También obedece a la falta de capital en el contrato de mantenimiento para mobiliarios y ferretería lo cual se ve reflejada en la oportunidad y cierre de las ordenes, estamos haciendo el trámite para una adición para cada uno de los contratos y mitigar un poco la caída en el cierre con 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 14 de 23	

Satisfactorio

- 65% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos y sus relacionados. (25%). Meta 40%
Observaciones: 210 personal asistencial capacitado de 811 programados para el año

Insuficiente

- ✖ 41% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (41,11%) Meta 100%
Observaciones: Abril 15 estudios previos programados, 9 sin entregar. Mayo: 9 estudios previos programados; 6 sin entregar por el grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura. Junio: 8 estudios previos programados; 4 sin entregar por el grupo gestión ambiental y soporte hotelero
- ✖ 39% Ejecución de presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación (7,73%) Meta 20%
Observaciones: Apropriación \$19.907, Ejecutado \$ 1.540
- ✖ 0% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (16,66 días). Meta <= 8 días
Observaciones: Se presentan demoras en los tiempos de respuesta por repuestos y por tema del covid
- ✖ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC
Observaciones: Para el mes de junio se presentan 6 acciones programas las cuales no fueron cerradas. 5 a cargo del grupo gestión ambiental y soporte hotelero y 1 a cargo del grupo área de gestión tecnología clínica e infraestructura

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Total compromisos 11

Avanzado 11

Avanzado

- ✓ 100% Documento estrategia de preservación digital presentado (documento elaborado)
- ✓ 100% Resolución de la política de Gestión Documental (Política elaborada y aprobada)
- ✓ 100% Informe de levantamiento de información de necesidades (que área, que mobiliario, que recurso) (Informe elaborado y remitido a Infraestructura)
- ✓ 100% Desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File). Meta 100%
- ✓ 100% Plan de Trabajo Archivístico Fase I (documento elaborado)
- ✓ 100% Implementación fase I de la estrategia de generación de documentos electrónicos Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel. Meta 100%
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA. Meta 100%
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GAD. Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 15 de 23	

3.4 Gestión del gasto

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 69%:

Total compromisos 25

Satisfactorio 1

Insuficiente 8

Observaciones:

- Indicador cargado fuera de tiempo (2 meses después de lo programado).
- Se debe mejorar en los tiempos de contratación por las diferentes modalidades.
- Mejorar el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta <=5%
- ✓ 100% Acta o informe de reuniones de austeridad realizadas (2 actas) Meta 2
- ✓ 100% Ejecución rendimiento financiero (acumulado) (34,94%) Meta 35%
Observaciones: El porcentaje de ejecución al 30 de junio de 2020 es del 34,94% obedece a la disminución de la tasa de interés para la cuenta de ahorros al 3,75% anual
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Cumplimiento del plan anual de adquisiciones (41,45%) Meta 30%
Observaciones: 599 ítems adjudicados de 1445 programados en el plan de necesidades
- ✓ 100% Ítem presentados a comité (57,82%) Meta 30%
Observaciones: Se han presentado 887 ítems a comité así: 599 ítem adjudicados, 27 ítems pendientes, 16 ítems desierto por jurídicamente, 85 ítems desierto por oferente, 21 ítem desierto por concepto técnico, 26 ítem desierto por precio y 113 ítems no comprar
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (11 días). Meta 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (14 días). Meta 45 días
- ✓ 100% Estudios previos ajustados. Meta 100%
- ✓ 100% Documento de diseño del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual Revisado
- ✓ 100% Ejecución por concepto de ingreso (48,12%) Meta 48%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG. Meta 100%
Observaciones: Para el II trimestre no se cargaron oportunamente 2 indicadores de 59 programados
- ✓ 94% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG (94,12%) Meta 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Tiene acciones vencidas
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG. Meta 100%
Observaciones: Abril no se registró 1 indicador de 9 programados, el indicador que no registró dato ni análisis fue: Promedio ponderado de la Oportunidad en el proceso de contratación Institucional. Mayo se registraron los 9 indicadores programados. Junio no se registró 1 indicador de 9 programados, El indicador que no registra dato ni análisis fue: Ejecución Rendimiento Financiero.
- ✓ 92% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (27,48%) Meta 30%
Observaciones: 108 contratos liquidados de los 393 contratos que se deben liquidar a el segundo trimestre del 2020.

	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 23	

- ✓ 82% Estudios previos revisados y gestionados (82,04%) Meta 100%
Observaciones: Abril se recibieron 47 estudios previos sin gestionar 7. Mayo se recibieron 58 estudios previos sin gestionar 11. Junio se recibieron 85 estudios previos sin gestionar 17

Satisfactorio

- 60% Ítem Adjudicados adicionales (35,95%) Meta 60%
Observaciones: Abril se adjudicaron 14 ítems de 43 ítems. Mayo se adjudicaron 17 ítems de 67 ítems. Junio se adjudicaron 32 ítems de 89 ítems

Insuficiente

- ✗ 55% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG. Meta 100%
Observaciones: Abril 2 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar a cargo del Grupo Área Gestión Financiera. Mayo no registra acciones de mejora para cierre oportuno. Junio 5 acciones de mejora programadas 2 sin cerrar con cargo del Grupo Área Gestión Financiera.
- ✗ 41% Ejecución del PAC - Recurso Nación (39,51%) Meta 95%
Observaciones: Abril Se ejecuta el 99,81% de los recursos solicitados a los ministerios. Mayo: del PAC solicitado por valor de \$3.553 millones, se ejecutó y pago el 8,63%, debido a que no pago la nómina correspondiente al mes de mayo de 2020 dentro del mismo mes, este pago se realizó el 2 junio de 2020. Junio: Ejecución del 10,10% se debe al pago de los recursos para nómina el 2 de julio de 2020
- ✗ 0% Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional (71,14 días). Mín. 51 días, Est. 52 días, Máx. 54 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización (45,7 días). Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (74,43 días). Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (83,28 días). Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (100,4 días). Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días
- ✗ 0% Cronograma de capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos (indicador cargado fuera de tiempo (programado para el mes de mayo cargada la evidencia el 13 de julio)

3.5 Gestión contable

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

Total compromisos 15

Insuficiente 1

Avanzado

- ✓ 100% Costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (70,78%) Meta ≤80%
Observaciones: Costo asistencial \$56,762,619,199/ Total ingresos operacionales \$80,193,466,155
- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 reporte) Meta 1

	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 23	

- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web
- ✓ 100% Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS (3 reportes) Meta 3
- ✓ 100% Declaraciones presentadas
- ✓ 100% Dictamen de revisoría fiscal (Dictamen sin salvedades) Meta 0 salvedades
- ✓ 100% Cumplimiento de la revisoría fiscal
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección administrativa (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO
- ✓ 94% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Alguno de sus riesgos se materializo
- ✓ 79% Cumplimiento de prestaciones costeadas (79,44%) Meta 100%
Observaciones: Abril 1536 prestaciones costeadas de un total de 1943. Mayo 1545 prestaciones costeadas de un total de 1943. Junio 1550 prestaciones costeadas de un total de 1943

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (18,61 días) Meta <=15 días

3.6 Gestión comercial y del ingreso

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%:

Total compromisos 27

Insuficiente 4

Observaciones

- Por el brote de Covid 19 al interior del área de cartera se presentó demoras en las actividades internas afectando algunos indicadores
- Por el Covid 19 se observa disminución en algunos indicadores como la gestión de autorizaciones y demás de facturación.
- Mejorar el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera. Meta 100%
- ✓ 100% Conciliación de cartera con las ERP. Meta 100%
- ✓ 100% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo. (100%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (89,67%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,47%) Meta <=3%
- ✓ 100% Oportunidad ingreso de glosa (2,16 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias (3,25 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones: Meta 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 18 de 23	

- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (51,55%) Meta 48%
 - ✓ 100% Incremento en la venta de servicios con nichos distintos a EPS (30,81%) Meta 30%
 - ✓ 100% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (50%) Meta 50%
 - ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (100%) Min. 80% Est. 85% Max. 90%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM. Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM. Meta 100%
 - ✓ 97% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria (1,25 días) Meta <=1dia
 - ✓ 97% Cumplimiento en las metas de facturación (97,01%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- Observaciones : La facturación de Abril 2020 fue del 72% frente a la meta del mes, donde el 60% lo representan: Capital Salud PGP (26%), Nueva EPS Contributivo (12%), Capital Salud Subsidiado (10%), Famisanar (7%), Convida (5%) y el 40% otras entidades
- La facturación de Mayo 2020 fue del 106% frente a la meta del mes, donde el 60% lo representan: Capital Salud PGP (30%), Nueva EPS Contributivo (16%), Capital Salud Subsidiado (9%), Famisanar (8%), Nueva EPS Subsidiado (4%) y el 33% otras entidades,
- La facturación de junio 2020 fue del 113% frente a la meta del mes, donde el 60% lo representan: Capital Salud PGP (26%), Nueva EPS Contributivo (14%), Capital Salud Subsidiado (12%), Famisanar (9%), Sanitas Contributivo (7%) y el 32% otras entidades,
- DIFICULTADES reducción de las atenciones generada por la declaratoria de emergencia a causa de la pandemia del covid-19 reactivación de prestación de servicios como cirugía, radioterapia y quimioterapia EPS no generan autorizaciones prestación servicio a los usuarios Venta de nuevos servicios como telemedicina y atención extrahospitalaria
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCM. Meta 100%
- Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Tiene acciones vencidas
- ✓ 91% Satisfacción de ERP (86,36%) Meta >=95%
- Observaciones: De 22 entidades con encuesta diligenciada 19 arrojan calificaciones entre bueno y excelente. Es necesario fortalecer las entidades como Capresoca, Gobernación de Cundinamarca y Famisanar por calificaciones menores a 85%.
- ✓ 86% Cumplimiento de las metas de recaudo (86,02%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- Observaciones: Abril: El 66% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD (\$9.280 millones); NUEVA EPS (\$2.826 millones) MEDIMAS (\$2.104 millones de los cuales (\$1.115 millones corresponden al régimen subsidiado) y (\$988 millones corresponden a régimen contributivo); Y COMPENSAR (\$977 millones)
- Mayo: El 66% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD (\$5.467 millones) NUEVA EPS (\$4.004 millones); MEDIMAS (\$2.085 millones de los cuales (\$1.657 millones corresponden al régimen subsidiado) y (\$428 millones corresponden a régimen contributivo); COMPENSAR (\$1.224 millones) y FAMISANAR (\$1.419 millones).
- Para el mes de junio de 2020, el recaudo real (\$22.843) alcanzó un 94,8% con respecto a la meta presupuestal para el mismo periodo (\$24.103), quedando un 5,2% por debajo de la meta presupuestal. El 66% del ingreso, se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP \$7.859 millones); NUEVA EPS (\$2.423 millones); GOBERNACIÓN DEL TOLIMA (\$1.793 millones); MEDIMAS CONTRIBUTIVO (\$1.789 millones) y CAPITAL SALUD EPS (\$1.301 millones).
- ✓ 84% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo (84,22%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 19 de 23	

Observaciones : El ingreso acumulado (enero a abril) se ubicó en 84% (\$77.721 millones), respecto a la meta acumulada para el mismo corte (\$92.083 millones) con un 4,81% por debajo.

El ingreso acumulado (enero a mayo) se ubicó en 32,84% (\$98.555 millones), respecto a la meta acumulada para el mismo corte (\$118.516 millones) con un 6,66% por debajo.

El ingreso acumulado (enero a junio), se ubicó en un nivel de cumplimiento del 85% (\$121.398 millones) según la meta presupuestal programada hasta junio de 2020 (\$142.618 millones), quedando un 15% por debajo de lo planeado en el periodo.

- ✓ 83% Implementación de la factura electrónica emitida (83,33%) Meta 100%

Observaciones: 15 actividades ejecutadas de 18 programadas

- ✓ 81% Autorizaciones obtenidas (72,45%) Meta >=90%

Observaciones: Abril se gestionaron 8075 de un total 11303 solicitudes de órdenes con una oportunidad de 1 días de trámite en el proceso. Para el mes de Mayo 2020 se gestionaron 9674 de un total de 13297 solicitudes de órdenes con una oportunidad de 1 días de trámite en el proceso. Para el mes de Junio 2020 se gestionaron 11838 de un total de 16178 solicitudes de órdenes con una oportunidad de respuesta afirmativa por parte de los aseguradores del 86.8% y con un 13,3% de órdenes pendientes de respuesta para este mes se generaron 530 órdenes de Nueva EPS que no se tramitan por la masiva, por ese motivo se incrementó este porcentaje, para Medimás 253 órdenes que no generaron respuesta ya que no contamos con contrato, Comfamiliar 146 órdenes que fueron direccionada para Tunja; para sanitas y compensar no generaron autorizaciones de 400 órdenes ya que fueron direccionados a la red de cada prestador.

Por la emergencia sanitaria del ministerio de salud, pero se realiza la gestión enfocada a telemedicina, garantizando las autorizaciones y reporte a los casos especiales.

- ✓ 78% Ejecución del plan de mercadeo (38,88%) Meta 50%

Observaciones: Se realizaron 7 actividades de 18 programadas. Se deben fortalecer en el segundo semestre la actualización de portafolios, reuniones con los servicios diferenciales con el fin de incrementar las ventas, y revisar la actividad de alianzas con el sector aseguramiento.

Insuficiente:

- 57% Ejecución del plan de intervención de glosa (28,57%). Meta 50%

Observaciones: Se registran 8 actividades con cumplimiento del 100% de 28 actividades programadas

- 17% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (17,09%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Observaciones: DIFICULTADES: Brote de COVID que se presentó en el área Demora en la consecución de la información de la dispensación de Medicamentos NO PBS Soportes de facturas de insumos de farmacia y acuerdos de tarifas de insumos

- 0% Glosa Recibida. (37,95%). Min. 18% Est. 20% Max. 22%

Observaciones: Abril se recibió glosa inicial por \$ 4.458.910.136 que, al compararlo con la radicación del periodo, genera un porcentaje del 20%. Mayo se recibió glosa inicial por \$ 6.219.215.709 que, al compararlo con la radicación del periodo, genera un porcentaje del 38%. Junio se recibió glosa inicial por \$ 7.649.422.622,68 que, al compararlo con la radicación del periodo, genera un porcentaje del 56%.

Las entidades con mayor registro son: Famisanar (Tarifas). Compensar (Devoluciones-Pertinencia-Autorización-Tarifas -Soportes -Facturación) Nueva EPS (Soportes Autorizaciones -Tarifas Cobertura - Facturación - Devoluciones y Pertinencia), Aliansalud EPS (Tarifas y soportes), Salud total (Tarifas), Medimas (Devoluciones - Tarifas - autorizaciones y soportes), Fondo Financiero Distrital (Devoluciones - Autorizaciones, soportes y facturación), Confamiliar Huila (Devoluciones). DIFICULTADES Brote de COVID que se presentó en el área Demora en la consecución de la información de la dispensación de Medicamentos NO PBS Soportes de facturas de insumos de farmacia y acuerdos de tarifas de insumos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 20 de 23	

- 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM. Meta 100%
Observaciones: Abril no registra acciones de mejora, para cierre oportuno. Mayo no registra acciones de mejora, para cierre oportuno. Junio registra 1 a cargo del Grupo Área Gestión Comercial la cual se solicitó modificación en fecha

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el segundo trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Total compromisos 17

Satisfactorio 1

Insuficiente 2

Observaciones:

- Mejorar el cierre de acciones de mejora.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos.

Avanzado

- ✓ 100% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE II (50%) Meta 50%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,88%) Meta $\geq 98\%$
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,95%). Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Disponibilidad del sistema SAP (100%). Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (620 milisegundos) Meta ≤ 1500
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%). Min. 93%, Est. 96%, Max. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%). Min. 80% Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo critico solucionados dentro de periodo (100%). Min. 70%, Est. 80%, Max. 90%
- ✓ 100% Incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (98,65%) Min. 70%, Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Avance de actividades del proyecto de sistematización integral (40%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTI. Meta 100%
Observaciones: Criterios de evaluación de riesgos NO cumplidos:
- Tiene acciones vencidas
- ✓ 85% Ejecución de presupuesto el proyecto de sistematización integral (33,8%) Meta 40%
Observaciones: Apropiación \$3.501, ejecutado \$1.183

Satisfactorio:

- 70% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI
Observaciones: Para el II trimestre de 2020 no se cargaron oportunamente 10.5 indicadores de 35 programados. El indicador se vio afectado en los indicadores correspondientes al mes de mayo, la mayoría cargados después de la fecha establecida en el instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 21 de 23			

Insuficiente:

- ✖ 54% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones: Abril de 9 ítems definidos para entregar no se recibieron 8: 2 a cargo del grupo área de sistemas, 2 a cargo del grupo de aplicaciones, 4 a cargo del grupo de soporte, redes y hardware. Mayo de 2 ítems definidos para entregar no se recibió 1 a cargo de grupo área de sistemas. Junio de 1 ítems definidos para entregar el cual se recibió
- ✖ 25% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI Meta 100%
Observaciones: Abril registra 4 acciones de mejora para cierre, se mantienen abiertas 3 Acciones. Mayo registra 1 acción de mejora la cual no se cerró. Junio registra 4 acciones de mejora quedando 2 abiertas.

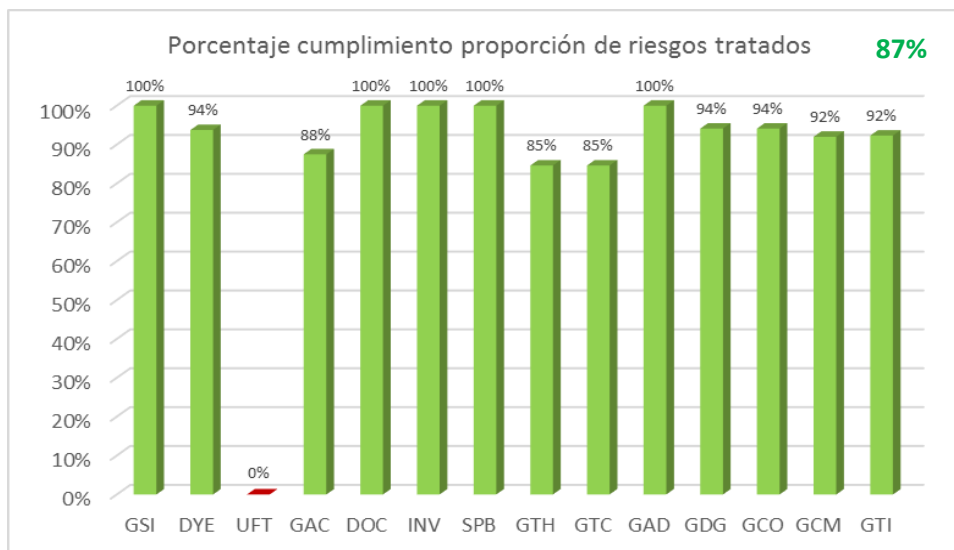
Oportunidades de mejora POAS administrativos

- 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.
- Mejorar en el cierre oportuno de acciones de mejora.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

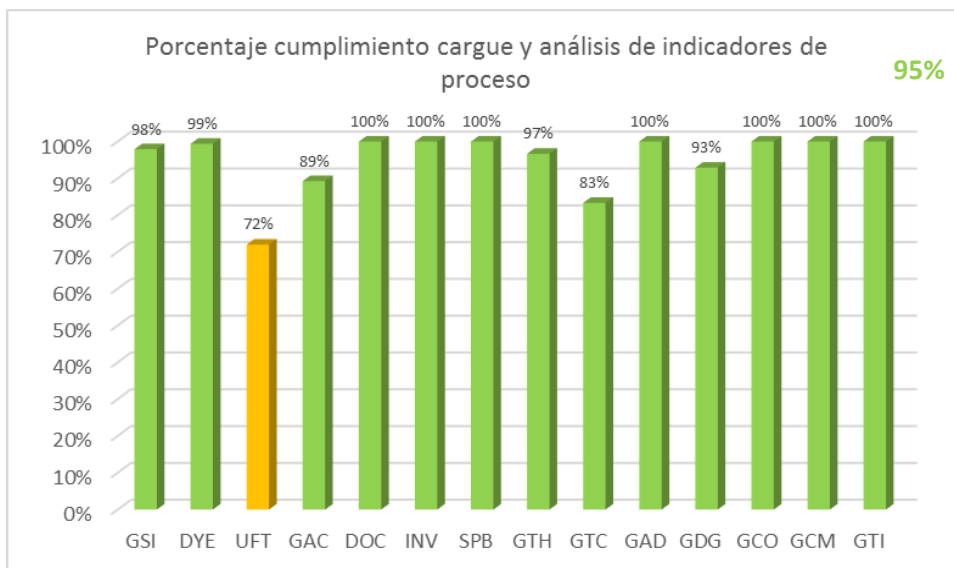
A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el segundo trimestre 2020:

- Proporción de riesgos tratados

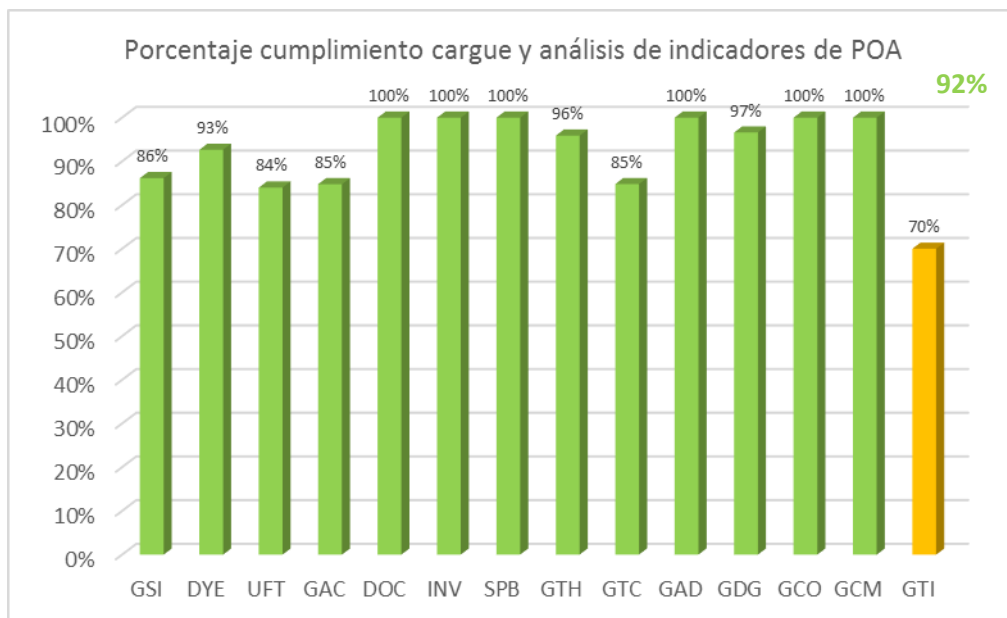


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME		VIGENCIA:	05-07-2017
			Página 22 de 23	

- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

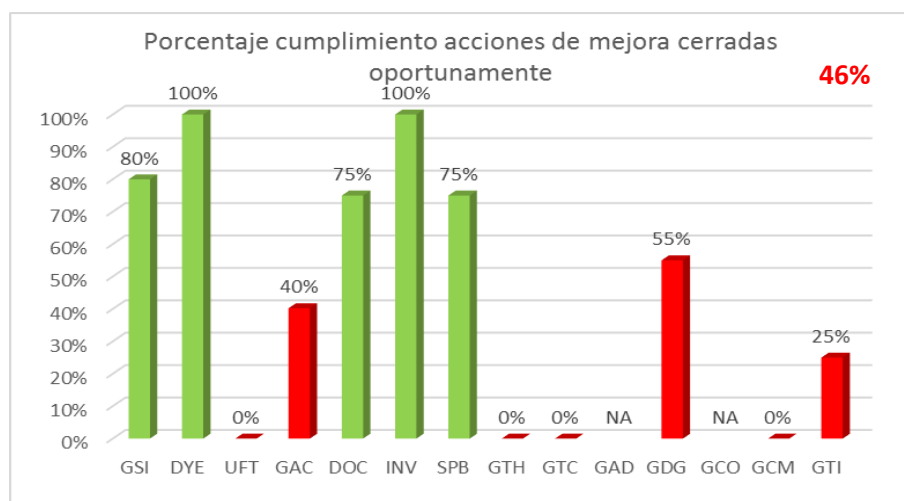


- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.

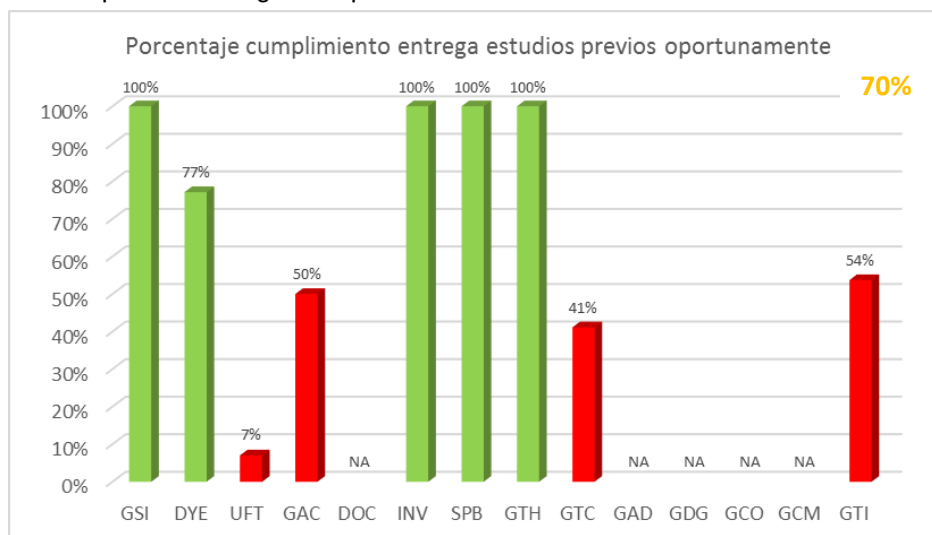


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 23 de 23			

- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



- Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente



Giovana Guerrero

Elaborado por
Hedy Giovana Guerrero Correales
Técnico Operativo

Aprobado por

Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas