

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 1 de 30			

Fecha del Informe:	09/02/2021
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV 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:

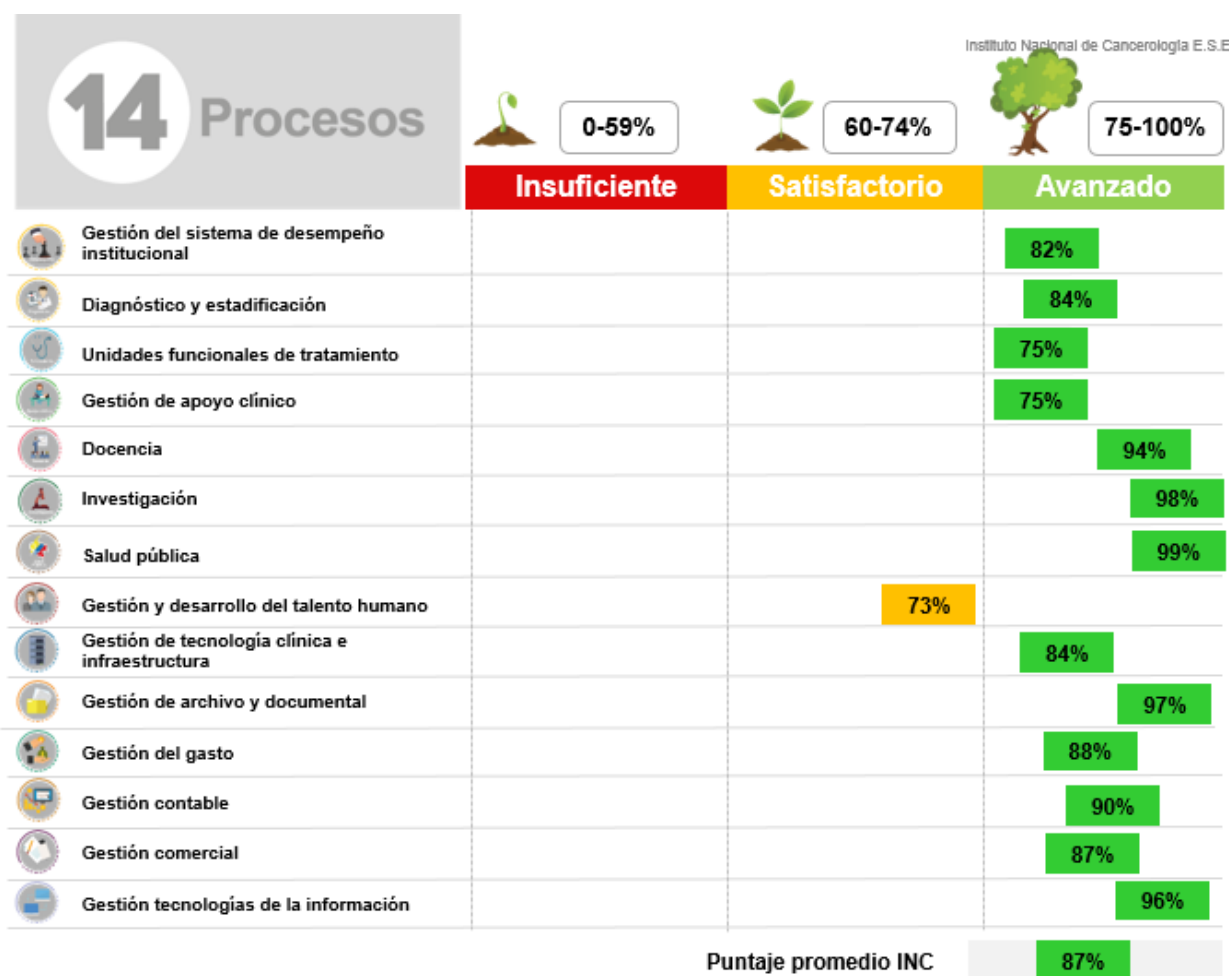
Criterios de Evaluación	Semaforización
0 a 59 Inoportunidad y bajo cumplimiento de los compromisos	
60 a 74 Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos	
75 a 100 Cumplimiento de los compromisos propuestos	

	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 30	

Observaciones generales

- Este seguimiento se realizó teniendo en cuenta las solicitudes de modificación recibidas y aprobadas.
- Total compromisos POA IV trimestre 493
Avanzado 409
Satisfactorio 22
Insuficientes 62 (13%)

2. RESULTADOS



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 87% en los planes operativos anuales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 3 de 30	

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

Observaciones:

- Indicadores sin cargue en el periodo
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora
- Total compromisos 46
Avanzado 38
Satisfactorios 2
Insuficientes 6 (13%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,62) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes (documento radicado)
- ✓ 100% Informe de autoevaluación de habilitación (1 informe)
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14) Meta 14 PUM elaborado y remitidos a líderes)
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares (De acuerdo a los periodos que exija la norma) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de responsabilidad social (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Promedio de figuración general en medios de comunicación (102 menciones) Meta ≥ 63 menciones
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de cooperación (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales (4) Meta 4
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje cumplimiento PAMEC (87,5%) Meta $\geq 85\%$
- ✓ 100% Porcentaje de Gestión del servicio no conforme (85,43%) Meta $\geq 70\%$
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,88%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Reporte indicadores de satisfacción (20 UFT) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Mapa de riesgos del proceso GSI actualizado versión 2020 (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejoras implementadas por referenciación (100%)
Mín. 40%, Est. 50%, Máx. 60
- ✓ 100% Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes

	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 30	

- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas (98,96%) Meta 100%
- ✓ 98% Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes (97,52%)
Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 97% Reporte indicador Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (97,14%) Meta 100%
- ✓ 96% Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos. (95,83%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos. (94,76%).
Mín. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 93% Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales (93,33%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 92% Porcentaje de implementación del sistema de gestión basado en riesgos (91,67%) Meta 100%
- ✓ 91% Planes, programas, y proyectos actualizados (91,30%) Meta 100%
- ✓ 89% Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación (89,47%)
Mín. 80% , Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 87% Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (86,67%)
Mín. 80% , Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 87% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (87%)
Meta 100%
- ✓ 86% Proporción de riesgos tratados en el INC (85,17%)
Mín. 70% , Est. 80%, Máx. 100%
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (bajo el contexto del covid-19) (86,11%) Meta 100%
- ✓ 85% Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (84,33%)
Mín. 80% , Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad – acumulativo (25%) Meta 30%
- ✓ 83% Porcentaje de uso de canales de comunicación (82,84%)
Mín. 80% , Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 77% Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos (77%) Meta 100%
Observaciones: Gestión proyectos: Apropiado \$ 33.921, ejecutado \$ 23.157 = 68%. Actividades 86%
- ✓ 76% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de mejoramiento (76%) Meta 100%
Observaciones: Macroproyecto mejoramiento. apropiado \$ 8.989, ejecutado \$ 7.192 = 80% Actividades 72%

Satisfactorio

- 73% Ahorro en prensa gratis (5,10%) Meta $\geq 7\%$
Observaciones: Ahorro en prensa: Programado 2020 \$ 12,711, Ejecutado \$ 12,411
- 68% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (67,78%) Meta 100%
Observaciones: Octubre registra 2 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 acción modificada en fecha.
Noviembre registra 10 acciones de mejora para cierre oportuno, 4 acciones de mejora abierta de cargo de la oficina asesora de planeación y sistemas
Diciembre registra 15 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 acción de mejora abierta a cargo de la oficina

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 30	

asesora de planeación y sistemas

Insuficiente

- ✖ 50% Procedimiento gerente de la información publicado y socializado (Se evidencia publicación en SIAPINC, no fue socializado)
- ✖ 0% Página web institucional mejorada (indicador cargado fuera de tiempo. Compromiso POA noviembre análisis cargado el 30 de diciembre y dato en enero)

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Porcentaje de desarrollos de SIAI de acuerdo con las necesidades de modelos priorizados
- ✖ 0% Porcentaje de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI (60 grupos)
- ✖ 0% Porcentaje de cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional
- ✖ 0% Porcentaje de adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC)

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

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

Total compromisos 23

Avanzado 18

Satisfactorio 2

Insuficiente 3 (13%)

Avanzado

- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,62) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso DYE en temas de seguridad del paciente (1 acta) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso DYE (100%) Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%*
- ✓ 100% E-Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana) (20 días) Min. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC (5,50 días) Min. 0 días, Est. 5 días, Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio (7,44 minutos) Min. 5 minutos, Est. 15 minutos, Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la toma del PET (2,44 días) Min. 5 días, Est. 10 días, Máx. 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (3,42 días) Min. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (3,19 días) Min. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología (1,95 días) Min. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días

	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 30	

- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE (1) Meta 1
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de requisitos de certificación en BPER (98,06%)
Mín. 0 %, Est. 40%, Máx. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa institucional para la identificación y manejo de familias con sospecha de cánceres hereditarios (96%) Meta 100%
- ✓ 93% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE (93,33%) Meta 100%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (93,46%) Meta 100%
- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (91,03%) Meta 100%
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (86,11%) Meta 100%
- ✓ 79% Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (79%) Meta 100%

Satisfactorio

- 67% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (66,67%) Meta 100%
- Observaciones: octubre 1 acción de mejora, la cual se cierra
Noviembre 1 acción de mejora, se mantiene abierta
Diciembre 1 acción de mejora, la cual se cierra
- 63% Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer (63%) Meta 100%
Observaciones: PET: Apropiación \$52, Ejecución \$21 = 40% ejecución; Cumplimiento de actividades 87%

Insuficiente

- ✗ 56% Porcentaje de 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 (56%) Meta 100%
No registra dato ni análisis
- ✗ 0% Informe de la nueva molécula desarrollada entregado a la Subdirección Médica
- ✗ 0% Porcentaje de avance en la elaboración del documento del diseño del centro de excelencia en terapias radiometabólicas

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 75%:

Total compromisos 33

Avanzado 24

Insuficientes 9 (27%)

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura y acompañamiento de Enfermería en el duelo (100%) Meta 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 7 de 30	

- ✓ 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) (3) Meta 3 actas
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (92,33%) Meta 90%
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,62) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso GAC en temas de seguridad del paciente (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso GAC (100%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,08)
Mín. 1.5, Est. 3.0, Máx. 4.0
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (95,56%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (14 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas (19,35%)
- ✓ Mín. 10%, Est. 15%, Máx. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage (11 minutos)
Mín. 20 minutos, Est. 30 minutos, Máx. 45 minutos
- ✓ 100% Informe de implementación de la prueba piloto en 3 servicios con 3 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (1) Meta 1
- ✓ 100% Modelo de referencia y contrarreferencia diseñado y presentado (1) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (47,41 horas) Meta ≤ 48 horas
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC (1) Meta 1
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (95,86%)
Meta 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (95,83%)
Meta 100%
- ✓ 91% Porcentaje de registro del dolor en la historia Clínica (90,59%)
- ✓ Mín. 50%, Est. 75%, Máx. 100%
- ✓ 91% Porcentaje de pacientes captados por el programa plan de egreso (90,79%)
Mín. 75%, Est. 85%, Máx. 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer (89,66%) Meta 100%
- ✓ 88% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (87,7%) Meta 100%
- ✓ 87% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC (86,67%) Meta 100%
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (86,11%) Meta 100%
- ✓ 81% Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa a hospitalización (ingresos y traslados) y consulta externa 1ra vez del INC (80,56%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Insuficiente

- ✗ 52% Porcentaje de cumplimiento de las actividades del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente

	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 30	

- con Cáncer (CEGIP) (52%) Meta 100%
- ✖ 50% Definir estrategia de socialización y encuesta a los pacientes para medir el nivel de conocimiento de derechos y deberes a pacientes de primera vez (1) Meta 2. No registra dato ni análisis del informe aplicación de la encuesta mes de diciembre 2020
- ✖ 33% Número de paquetes instruccionales documentados (1) Meta 3
- ✖ 22% Porcentaje de ejecución del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP) (22,45%) Meta 100%
Observaciones: CEGIP: Apropiación \$345, Ejecución \$77 = 22% ejecución
- ✖ 0% Documento del modelo del centro de gestión integral al paciente aprobado y socializado (No se evidencia la socialización que estaba programada para el II semestre)
- ✖ 0% Documento del diseño del modelo integral de central de citas socializado (No se evidencia la socialización)
No registra dato ni análisis
- ✖ 0% Acta de equipos primarios de mejoramiento donde se evidencie el análisis de los incidentes y eventos adversos más frecuentes asociados a la atención
- ✖ 0% Informe de auditoría interna de la calidad del registro de la HC por parte de enfermería (preventivo)
- ✖ 0% Porcentaje de implementación del modelo integral de central de citas

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 71%:

Total compromisos 41

Avanzado 30

Satisfactorio 1

Insuficiente 10 (24%)

Avanzado

- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente. (3,62). Meta. ≥ 3.4
- ✓ 100% Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso UFT.
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ Observaciones: Los paquetes instruccionales que aplican al proceso de Unidades Funcionales de tratamiento son: a. Índice de Cumplimiento de Familias de pacientes, capacitadas en LLA b. Oportunidad en la atención por soporte nutricional iniciada antes de las 48 horas c. Número de Pacientes Hospitalizados atendidos por el Grupo de Salud Menta d. Razón de incidentes relacionados con la atención en salas de cirugía Todos están dentro del indicador de cumplimiento de acuerdo a la metodología establecida en el documento del programa de seguridad del paciente
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,08).
Min. 1.5 Est. 3.0 Max.. 4.5
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (96,98%). Meta. $\geq 90\%$
- ✓ 100% Porcentaje de estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica. (85,6%). Meta. $\geq 80\%$
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (42,33 días)
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (22,33 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 30	

- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (27 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
Observaciones: Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). Se califica con el 10% adicional al límite máximo del indicador quedando 27,5 días como máximo
- ✓ 100% Línea base del indicador Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas. (2,84%). Meta. Medir línea base
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,41%).
Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (8,32%).
Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Porcentajes de cirugía ambulatorias realizadas. (40,67%). Meta. Medir línea base
- ✓ 100% Definición de objetivos y desarrollo de manera conjunta con St Jude. Proyecto EVAT. (1).
Meta. 1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Protocolo de braquiterapia ginecológica conformacional. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Evidencia de socialización del programa de humanización. (50%)
- ✓ 100% Procedimiento de radioterapia externa (IMRT, IGRT, VMAT). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Procedimiento de incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal. (1).
- ✓ 97% Porcentaje de gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC
Observaciones: proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC: Apropiación \$1510, Ejecución \$1509 = 100% ejecución. Cumplimiento de actividades 94%
- ✓ 95% Porcentaje de la gestión del programa extensión domiciliaria. (95%). Meta. 100%
Observaciones: programa extensión domiciliaria: Apropiación \$303, Ejecución \$273 = 90% ejecución; Cumplimiento de actividades 99%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer.
- ✓ 90% Ficha del programa de Mieloma múltiple. (0,9). Meta.1
- ✓ 90% Ficha del programa de Leucemias Agudas. (0.9). Meta. 1
- ✓ 90% Ficha del programa de Linfoma cutáneo. (0.9). Meta. 1
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT. (88,01%). Meta. 100%
- ✓ 87% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (86,67%). Meta. 100%
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (bajo el contexto del covid-19)
- ✓ 85% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (85,07%).
Mín. 60% Est.75% Máx.100%
- ✓ 84% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (83,75%).
Meta. 100%
- ✓ 80% Avance en la documentación del protocolo técnica TBI. (0,8). Meta. 1

Satisfactorio

- 68% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (61,58%).
Mín.75% Est. 80% Máx.90%

	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 30	

Insuficiente

- ✖ 50% Informe de seguimiento a la implementación del plan de humanización presentado a la Sub. Médica. (1). Meta. 2
 - ✖ 50% Actas de EPM donde se evidencie el análisis de los eventos adversos más frecuente y las oportunidades de mejora definidas. (1). Meta. 1
Observaciones: No se evidencia en las actas de soporte el análisis de los eventos adversos más frecuente y las oportunidades de mejora definidas. El acta anexa es relacionada a Revisión indicador de muestras mal identificadas. Adjuntan acta del 30 de diciembre de EPM donde hacen análisis de los indicadores relacionados a los eventos adversos
 - ✖ 39% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (38,89%). Meta. 100%
 - ✖ 11% Porcentaje de la gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (11%). Meta. 100%
Observaciones: proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC): Apropiación \$225, Ejecución \$0 = 0% ejecución; Cumplimiento de actividades 22%
 - ✖ 7% Porcentaje de la gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (7%). Meta. 100%
Observaciones: proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada: Apropiación \$382, Ejecución \$53 = 14% ejecución; Cumplimiento de actividades 0%
 - ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (30,67 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
Observaciones: Se califica con el 10% adicional al límite máximo del indicador quedando 27,5 días como máximo
- No registra dato ni análisis**
- ✖ 0% Porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica.
 - ✖ 0% Evidencia de la implementación de consensos en las especialidades de gastroenterología y ginecología.
 - ✖ 0% Documento de evaluación comparativa de los resultados de cirugía robótica y cirugía convencional.
 - ✖ 0% Documentos de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer

2.4 Docencia

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

Total compromisos 29

Avanzado 6

Satisfactorios 1

Insuficiente 2 (7%)

Avanzado

- ✓ 100% Oficio a la IES con el listado de los funcionarios aprobados por el comité para realizar la especialización (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de docentes con reconocimiento docente de la IES (60,97%) Meta 50%
- ✓ 100% Porcentaje de docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual (81,63%) Meta 50%
- ✓ 100% Porcentaje de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 11 de 30	

- en calidad educativa (21,89%) Meta 20%
- ✓ 100% Porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas (100%)
 - ✓ Mín. 80%, Est 90%, Máx. 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar para el personal en formación del INC (42,31%) Meta 30%
 - ✓ 100% Porcentaje de implementación del plan de desarrollo docente del INC (29,63%) Meta 17%
 - ✓ 100% Porcentaje de docentes ubicados en escala superior de la evaluación (89,63%) Meta 80%
 - ✓ 100% Documento con la información completa exigida por Hospital Universitario (1) Meta 1
 - ✓ 100% Porcentaje de cobertura de inducción para estudiantes del INC (100%)
Mín. 80%, Est 90%, Máx. 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en el envío de las calificaciones de los estudiantes (5,2 días) Meta <=15
 - ✓ 100% Relación estudiante docente (1,1) Meta <=7
 - ✓ 100% Porcentaje de IES con acceso efectivo a bases de datos para el INC (38,46%) Meta 30%
 - ✓ 100% Documento con el plan de alcance de los servicios de la Biblioteca para pacientes y sus familias del INC (1) Meta 1
 - ✓ 100% Porcentaje de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC (24) Meta 20
 - ✓ 100% Programa nuevo de formación para subespecialidad oncológica en convenio con IES (1) Meta 1
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC (1) Meta 1
 - ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC (100%)
Meta 100%
 - ✓ 98% Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios (98,47%)
 - ✓ Mín. 90%, Est 95%, Máx. 100%
 - ✓ 97% Porcentaje de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria (14,52%)
Meta 15%
 - ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (94,19%)
Meta 100%
 - ✓ 90% Resolución Política de Docencia (la política se encuentra en proceso de firmas)
 - ✓ 84% Porcentaje docentes de planta del INC con clasificación docente (33,47%) Meta 40%

Satisfactorio

- 70% Porcentaje de docentes incluidos en el censo docente del INC (69,68%) Meta 100%
Observaciones: Incluidos en el censo 216 funcionarios de los 310

Insuficiente

- ✗ 56% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (55,56%) Meta 100%
Observaciones: Octubre registra 3 Acciones de Mejora para cierre oportuno, se mantiene 1 abierta
Noviembre, registra 1 acción de mejora para cierre oportuno, la cual se cierra
Diciembre registra 2 acciones de mejora para cierre oportuno se mantienen abiertas.
- ✗ 33% Porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (33,33%)

	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 30	

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

2.5 Investigación

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 98%:

Total compromisos 30

Avanzado 29

Satisfactorio 1

Avanzado

- ✓ 100% Difusión en una ciudad del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios (1) Meta 1
- ✓ 100% Estrategias desarrolladas para la implementación del proceso de investigación (5) Meta 5
- ✓ 100% Porcentaje de estudios de investigación cerrados (81,82%) Meta 62%
- ✓ 100% Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de las estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación técnico-científica de los proyectos de investigación (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (34 días línea base 2020)
- ✓ 100% Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (181días línea base 2020)
- ✓ 100% Acuerdo de cooperación internacional de investigación en cáncer firmado (1) Meta 1
- ✓ 100% Perfil de idea presentado en SWOG (3) Meta 3
- ✓ 100% Número de proyectos de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación (14) Meta 8
- ✓ 100% Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases II a IV). (12) Meta 4
- ✓ 100% Número de ponencias en eventos científicos (54) Meta 20
- ✓ 100% Número de artículos científicos aprobados en revistas indexadas ISI, en la subdirección de investigaciones (del total de aprobados) (12) Meta 9
- ✓ 100% Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre (2,59 meses) Meta < = 18 meses
- ✓ 100% Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales (104%) Meta 5%
- ✓ 100% Porcentaje de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación (91,91%) Meta 10% incremento anual respecto a vigencia anterior
- ✓ 100% Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas (4) Meta >=3
- ✓ 100% Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC (3,71 Línea base 2020)
- ✓ 100% Factor de impacto en integración del conocimiento (Medido Google Scholar) (3,15) Meta >=3
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV (100%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 30	

- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV (97%) Meta 100%
- ✓ 96% Porcentaje de proyectos que cumplen con las actividades del cronograma (96,18%) Meta 100%
- ✓ 93% Porcentaje de cobertura de grupos socializados sobre el proceso y política de investigación (93,18%) Meta 100%
- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación (91%) Meta 100%
- ✓ 87% Número de artículos aprobados para publicación de la subdirección de investigaciones (26) Meta 30

Satisfactorio

- 66% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de investigación. (66,40%). Meta. 100%
Observaciones: ejecución del macroproyecto de investigación Apropiación \$ 2.441, ejecutado \$ 1.621= 66%

2.6 Salud pública

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

Total compromisos 28

Avanzado 27

Satisfactorio 1

Avanzado

- ✓ 100% Informe del seminario de innovación realizado (2) Meta 1
- ✓ 100% Proyecto de investigación que incorpore las estrategias y técnicas de investigación de acuerdo a estándares nacionales o internacionales disponibles diseñado (1) Meta 1
- ✓ 100% Carta de aprobación del comité de ética institucional de los proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer (2) Meta 2
- ✓ 100% Evidencia impresa de la estrategia para cesación de consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos implementada (1) Meta 1
- ✓ 100% Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados (3) Meta 3
- ✓ 100% Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados (4) Meta 4
- ✓ 100% Documento con el diagnóstico de la situación de calidad de la mamografía en Colombia realizado (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento con el modelo diseñado y evidencia de presentación y aprobación ante el comité científico (1) Meta 1
- ✓ 100% Boletines de vigilancia tecnológica entregados al Comité editorial (1) Meta 1
- ✓ 100% Acta de las asistencias técnicas a entidades territoriales (4) Meta 4
- ✓ 100% Documento de la metodología diseñada y evidencia de sometimiento y aprobación del comité científico (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento de diseño y evidencia de aprobación del comité científico para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento con la experiencia piloto del programa institucional de tele oncología (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 14 de 30	

- ✓ 100% Evidencia de inicio de elaboración o de actualización de dos (2) GPC. (2)
- ✓ 100% Número de convenios de registros poblacionales firmados (4) Meta 4
- ✓ 100% Oficios de al menos dos registros poblacionales de cáncer con evidencia de aporte a los estudios de supervivencia (2) Meta 2
- ✓ 100% Infocancer con mortalidad 2018. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documento con la metodología para la evaluación de resultados del Plan Decenal para el control del cáncer diseñada (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% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB (97,92%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública (96%) Meta 100%

Satisfactorio

- 73% Porcentaje de ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública (72,86%) Meta 100%
Observaciones: Macro salud pública: Apropiación \$1.065, Ejecución \$776 = 73% ejecución

Oportunidades de mejora POAS Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora.

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 73%:

Total compromisos 57

Avanzado 39

Satisfactorios 4

Insuficientes 14 (25%)

Observaciones:

- Mejorar la oportunidad en la liquidación de los salarios.
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 30	

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (18 días promedio)
Meta. 30 días, a partir de la fecha de radicación de la factura
- ✓ 100% Porcentaje de registro de Historias Laborales. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Proporción de actos administrativos realizados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Proporción de Bonos pensionales tramitados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Propuesta para contratación de perfiles de investigación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). (60 días).
Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (56,67 días).
Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de convocatorias desiertas. (31,27%).
Min. 35% Est. 45% Max. 50%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. (83,33%). Meta. 50%
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público, entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad, entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Resolución del plan de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa.
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de bienestar entregado a la coordinadora de GTH. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de bienestar. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de bienestar. (96,43%). Meta. 80%
- ✓ 100% Informe de auditoría a los socios estratégicos de los cuales que los coordinadores de GTH sean supervisores de contratos. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Rotación del personal. (3,37). Meta. Medir línea base
- ✓ 100% Documento con estrategias para disminuir el índice de rotación externa. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios. (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas). (administrados)
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ausentismo por causas definidas. (1,41). Meta. <=2%
- ✓ 100% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (8,92).
Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 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% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 16 de 30	

- ✓ Meta. 100%
- ✓ 100% Acta o correo de notificación de la actualización realizada mensualmente notificando al coordinador grupo área y planeación (Capacidad instalada). (3). Meta. 3
- ✓ 100% Informe de funciones de cruce de vacaciones. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Variación de ausentismo por causas definidas. (Disminuyó 2,31). Meta. Disminuir 0,5
- ✓ 99% Porcentaje de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. (98,58%). Meta. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas (misionales). (75,86%). Meta. >=80%
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (91,59%). Meta. 100%
- ✓ 91% Proporción de riesgos tratados del proceso GTH. (91,47%). Meta. 100%
- ✓ 88% Porcentaje de satisfacción de las actividades del plan de bienestar. (87,95%).
- ✓ Min.: 85% Est: 90% Max.: 100%
- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del plan de incentivos. (83,33%). Meta. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de cumplimiento del plan de incentivos – individuales. (83,33%). Meta. 100%
- ✓ 78% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen a talento humano. (77,91%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 71% Índice de severidad por accidente INC. (71,1). Min. 0 Est. 50 Max. 100
 - 67% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (66,67%). (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas)
 - 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas). (Nación)
 - 64% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (64,28%). Meta. 100%
- Observaciones: No cargan documento evidencia del indicador del mes de diciembre.

Insuficiente

- ✗ 50% Documento de procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC. Meta. 1
Observaciones: Se remite documento borrador, sin embargo, no está documentado como procedimiento ni como otro tipo documental.
 - ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios.
Observaciones: No registra dato ni análisis del mes de diciembre, de los periodos de octubre y noviembre solo cumple con 1 de las fechas programadas
 - ✗ 0% Socializar el procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC. Meta. 1
 - ✗ 0% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (10). Meta. 7,9
 - ✗ 0% Diferencia en la índice frecuencia de accidentalidad institucional. (Aumentó 0,2). Meta. Disminuir 0,05
 - ✗ 0% Índice de severidad. (113). Meta. 45
 - ✗ 0% Diferencia en el índice de severidad de los accidentes. (Aumentó 64,77). Meta. Disminuir 0.50
- No registra dato ni análisis**
- ✗ 0% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 30	

público de acuerdo al cronograma.

- ✖ 0% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público.
- ✖ 0% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad de acuerdo al cronograma.
- ✖ 0% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad
- ✖ 0% Informe de capacitación por funcionarios (variables tiempo, nómina, costo de la capacitación) entregado a la coordinadora de GTH.
- ✖ 0% Resolución del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).
- 0% Informe trimestral del cumplimiento de los lineamientos establecidos por GTH

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

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

Total compromisos 58

Avanzado 45

Satisfactorio 5

Insuficiente 8 (14%)

Observaciones:

- Mejorar la gestión de los macroproyectos especialmente en la parte presupuestal
- Pendiente evidencias para soportar los resultados de indicador

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento integral) (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Informe diagnóstico preventivo de habilitación actualizado (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de señalización integral e inclusiva en la fase III (100%) Meta 35%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA (100%) Meta 100%
- ✓ 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) Meta 1
- ✓ 100% Documento de diseño de modalidad de arriendo o alternativas de tecnologías en salud (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP (2) Meta 2
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento (95%) Meta >=90%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección (99,80%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 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 30	

- ✓ 100% Porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado (0,16%)
Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud (1) Meta 1
- ✓ 100% Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas (100%)
Meta 100%
- ✓ 100% Procedimiento actualizado con los criterios para evaluación tecnológica de equipos de investigación (1) Meta 1
- ✓ 100% Reducción del índice de obsolescencia (14) Meta $\leq 14,5\%$
- ✓ 100% Proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos y sus relacionados (94,82%) Meta 60%
- ✓ 100% Cumplimiento de gestión de análisis de incidencias y eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos (2,87 días)
Min. 3 días, Est. 6 días, Máx. 8 días
- ✓ 100% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (7,3 días) Meta ≤ 8 días
- ✓ 100% Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento correctivo (6,38 horas)
Min. 1 hora, Est. 9 horas, Máx. 18 horas
- ✓ 100% Informe diagnóstico de habilitación para dotación (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento de diseño de modalidad de comodatos (1) Meta 1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC (1) Meta 1
- ✓ 99% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia (99,33%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (98%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (97,62%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Porcentaje de Satisfacción servicio de Lavandería (97,25%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos (96,43%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de satisfacción de los clientes internos frente a la gestión de ingeniería clínica y sus terceros (86,15%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 93% Porcentaje de adquisición de tecnologías incorporadas (92,78%) Meta 100%
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTC (92,31%) Meta 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (89,78%)
Meta 100%
- ✓ 89% Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a dotación (89,42%)
Meta 100%
- ✓ 89% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (88,89%)
Meta 100%
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación (83,42%) Meta 95%
- ✓ 87% Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (87%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 19 de 30	

- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a infraestructura (86,47%) Meta 100%
- ✓ 85% Porcentaje de avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (85%) Meta 100%
- ✓ 78% Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo (70,49%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 76% Porcentaje de equipos biomédicos renovados (76,47%)
Min. 50%, Est. 75%, Max. 100%

Satisfactorio

- 70% Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (69,74%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- 70% Porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metrológico (69,72%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- 68% Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación (68%) Meta 100%
Observaciones: Macroproyecto construcción, dotación, ampliación y remodelación: apropiado \$ 11.177, ejecutado \$ 7.608
- 67% Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC (67%) Meta 100%
Observaciones : De 3 tecnologías programadas para la vigencia, se instalaron 2 al 100%
- 67% Número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC (2) Meta 3

Insuficiente

- ✗ 58% Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (58,14%) Meta 100%
Observaciones: Macroproyecto tecnología biomédica: apropiación \$ 10.249, ejecutado \$ 5.959
- ✗ 50% Número de licencias aprobadas de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad) (1) Meta 2
- ✗ 42% Porcentaje de equipos biomédicos con contrato de mantenimiento vigente (41,73%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones : 598 equipos con contrato vigente de un total de 1.433 equipos médicos
- ✗ 22% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (22,22%) Meta 100%
Observaciones: Octubre registra 4 acciones de mejora para cierre oportuno, 3 acciones permanecen abiertas y 1 con acción de mejora modificada en fecha
Noviembre registra 3 acciones de mejora para cierre oportuno, 2 acciones de mejora permanecen abiertas
Diciembre registra 12 acciones de mejora para cierre oportuno, 8 acciones de mejora permanecen abiertas
- ✗ 0% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (6,18 días) Meta ≤ 5 días
Observaciones: Se califica con el 10% adicional a la meta del indicador quedando 5.5 días como máximo
- ✗ 0% Reducción de consumo en los servicios de agua, energía y servicio de aseo con la implementación de seis (6) tecnologías (aumentaron el 34,67%) Meta 1% per cápita comparado con el año anterior
- 0% Porcentaje de ejecución del plan integral de accesibilidad (la evidencia aportada no corresponde)

	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 30	

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Porcentaje de áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%:

Total compromisos 19

Avanzado 18

Insuficiente 1

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente estratégico (Plan institucional de archivos – PINAR, Programa de gestión documental – PGD, proyectos y políticas de eficiencia (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente Administración de Archivos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de metros lineales organizados de los archivos de gestión (148% - 193 metros lineales) Meta 100% - 130 metros lineales
- ✓ 100% Porcentaje de desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente documental procesos de la gestión documental (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación fase II de la estrategia de generación de documentos electrónicos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente tecnológico (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos-MGDA en el componente cultural (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 92% Porcentaje de capacitaciones realizadas en el componente módulo gestión documental (91,67%) Meta 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cobertura de las capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo (89,5% - 179 funcionarios) Meta 100% - 200

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 30	

Satisfactorio

- 70% Porcentaje de cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documental (70% - 105 funcionarios) Meta 100% - 150

3.4 Gestión del gasto

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

Total compromisos 42

Avanzado 36

Satisfactorio 3

Insuficiente 3 (7%)

Observaciones:

- Se debe mejorar en los tiempos de contratación por las diferentes modalidades.

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de ahorro estimado por austeridad y eficiencia (0,74%) Meta 0,2%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta <=5%
- ✓ 100% Acta o informe de reuniones de austeridad realizadas (2 actas) Meta 2 actas
- ✓ 100% Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas (1,88%) Meta 1%
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación (97,06%) Meta 95%
- ✓ 100% Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades iniciales (consolidado 30 noviembre)
- ✓ 100% Oportunidad en la emisión del plan anual de adquisiciones inicial (se realiza informe 15 diciembre)
- ✓ 100% Porcentaje de ítem presentados a comité (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (9,17 días) Meta 15 días
- ✓ 100% Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional (58,89%)*
Mín. 51 días, Est. 52 días, Máx. 54 días
Observaciones: Se aplica 10% sobre la meta cumpliendo con la nueva meta 59,4 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización (24,60%)
- ✓ Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (10,12 días) Meta 45 días
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos ajustados (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del procedimiento de importaciones institucional (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos (100%)
- ✓ Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de automatización de flujo de documentos en el procedimiento de gestión contractual y de compras (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan anual de necesidades inicial consolidado dentro del término definido (20 octubre)
- ✓ 100% Proyecto de presupuesto empresa aprobado (presupuesto aprobado)
- ✓ 100% Porcentaje ejecución por concepto de ingreso (115,86%) Meta 80%

	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 30	

- ✓ 100% Informe de viabilidad de conformación de un ente legal para la gestión de recursos externos diferentes a los administrados y nación (1) Meta 1
 - ✓ 100% Mantener los modelos de productividad existentes (4) Meta 4
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG (1) Meta 1
 - ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG (100%) Meta 100%
 - ✓ 98% Porcentaje de pagos (97,8%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
 - ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (96,88%)
Meta 100%
 - ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (96,49%)
Meta 100%
 - ✓ 95% Porcentaje de estudios previos revisados y gestionados (94,85%) Meta 100%
 - ✓ 91% Porcentaje de Ítem Adjudicados adicionales (90,66%) Meta 100%
 - ✓ 91% Porcentaje ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (90,66%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 88% Porcentaje ejecución por concepto de gasto: operación comercial (88,25%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 87% Porcentaje de ejecución presupuestal (consolidado) (87,16%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 81% Porcentaje de verificación de inventarios del Instituto (68,62%) Meta >=85%
 - ✓ 80% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (79,53%) Meta 100%
 - ✓ 80% Modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección (pendiente aprobación por la Dirección General)
 - ✓ 79% Porcentaje de cumplimiento del plan anual de adquisiciones (79,31%) Meta 100%
- Observaciones 1146 ítems adjudicados de un total de ítems 1445

Satisfactorio

- 71% Porcentaje ejecución por concepto de gasto: inversión (71,19%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: El porcentaje de presupuesto de inversión para la vigencia 2020; fue de \$38.947.560.848 millones de los cuales se comprometieron \$27.727.588.762 millones por lo que da un porcentaje de 71,19%
- 71% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (70,83%) Meta 100%
Observaciones: Octubre no registra acciones de mejora para cierre oportuno.
Noviembre registra 4 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 modificada en fecha
Diciembre registra 3 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 modificada en fecha
- 67% Porcentaje de presupuesto de inversión (8%) Meta 12% del presupuesto total de la vigencia programada
- Observaciones: Total presupuesto 2021 \$ 321.321; inversión: \$ 27.264

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (79,65 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
Observaciones: Se califica con el 10% adicional al límite máximo del indicador quedando 55 días como máximo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 23 de 30	

- ✖ 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (69,19 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
Observaciones: Se califica con el 10% adicional al límite máximo del indicador quedando 66 días como máximo
- ✖ 0% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (87,73 días)
Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días
Observaciones: Se califica con el 10% adicional al límite máximo del indicador quedando 77 días como máximo

3.5 Gestión contable

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

Total compromisos 23

Avanzado 21

Insuficiente 2 (9%)

Observaciones:

- Mejorar el cierre oportuno de acciones de mejora

Avanzado

- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 reporte) Meta 1
- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Capital de trabajo en pesos (\$ 116.843.170.000)
Min. \$24000.00, Est. \$63805.00, Max. \$90000.00
- ✓ 100% E-Utilidad Operacional (19%)
Min. 0%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Endeudamiento Total (12,37%)
Min. 5.0%, Est. 5.81%, Máx. 15%
- ✓ 100% Razón corriente (376%)
Min. 2.5%, Est. 5.0%, Máx. 10%
- ✓ 100% Rotación de cartera de la Vigencia (1,88 días)
Min. 1.50 días, Est. 2.55 días, Máx. 4.0 días
- ✓ 100% Variación de las ventas netas (10,09%)
Min. 5.09%, Est. 7.05%, Max. 10%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (12,13 días) Meta <=15 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Utilidad neta del INC (1,6%) Meta >=1%
- ✓ 100% Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS (3) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de la revisoría fiscal (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (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 24 de 30	

- ✓ Meta 100%
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección administrativa (3 reuniones) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de prestaciones costeadas (96,14%) Meta 100%
- ✓ 80% Estados financieros presentados y publicados en la página web (2) Meta 3. No se evidencia en la página web publicación estados financieros a octubre

Insuficiente

- ✗ 0% Porcentaje del costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (128,31%) Meta <=80%
Observaciones: Costo asistencial \$ 24.328, ingresos en salud \$ 18.959
- ✗ 0% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (0%) Meta 100%
Observaciones: Octubre no registra acciones de mejora para cierre oportuno.
Noviembre registra 1 acción de mejora para cierre oportuno la cual permanece abierta
Diciembre no registra acciones de mejora para cierre oportuno.

3.6 Gestión comercial

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%:

Total compromisos 37

Avanzado 32

Satisfactorio 1

Insuficiente 4 (11%)

Observaciones

- Mejorar la gestión en lo relacionado con glosa
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación (118,50%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones : Facturación ejecutada \$ 71.001.891.493. Meta facturación \$ 60.002.761.644
- ✓ 100% Actas de reuniones con los servicios para identificar los productos claves para cumplir con el presupuesto de ventas (14 reuniones realizadas) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de conciliación de cartera con las ERP (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje cumplimiento de las metas de recaudo (101,91%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones : Valor recaudado \$ 81.285.337.898,84. Meta recaudo \$79.434.030.810,71
- ✓ 100% Porcentaje de depuración la cartera (26,4%) Meta 25%
- ✓ 100% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (114,05%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 25 de 30	

- ✓ Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de conciliación de glosa (84,87%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Porcentaje de glosa definitiva (1,48%) Meta $\leq 3\%$
- ✓ 100% Oportunidad ingreso de glosa (1,06 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Porcentaje de depuración de la glosa contable con corte a 2018 (57,63%) Meta 50%
- ✓ 100% Número de nuevas modalidades de contratación (2) Meta 1
- ✓ 100% Número de nuevos modelos de contratación aplicados a entidades. (2) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias (3,02 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria (1,03 días) Meta ≤ 1 día
- ✓ 100% Porcentaje de gestión de autorizaciones (99,94%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de ventas institucional (105,39%) Meta 100%
- ✓ 100% Portafolio de servicios actualizado que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (100%)
- ✓ Mín. 80% Est. 85% Máx. 90%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCM (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 99% Venta total de servicios en nichos distintos a ERP (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) en la vigencia (98,72%) Meta 100%
- ✓ 94% Porcentaje de autorizaciones obtenidas (84,33%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 93% Porcentaje de satisfacción de ERP (88,24%) Meta $\geq 95\%$
- ✓ 85% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo (84,58%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo (83,33%) Meta 100%
- ✓ 79% Porcentaje de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (79,16%) Meta 100%
- ✓ 75% Porcentaje de ejecución del plan de intervención de glosa (75%) Meta 100%

Satisfactorio

- 72% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (72%) Meta 100%
Observaciones: Octubre registra 1 acción para cierre oportuno la cual se cierra
Noviembre registra 2 acciones para cierre oportuno, 1 acción modificada en fecha
Diciembre registra 3 acciones para cierre oportuno 1 acción modificada en fecha

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 26 de 30	

Insuficiente

- ✖ 21% Porcentaje de glosa recibida respondida dentro de los términos legales (21,96%)
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✖ 34% Porcentaje de depuración de la glosa contable a partir de 2019 (27,44%) Meta >=80%
- ✖ 0% Porcentaje de Glosa Recibida (26,66%)
Mín. 18% Est. 20% Máx. 22%
- ✖ 0% Porcentaje de incremento en la venta de servicios con nichos distintos a EPS (-1,2%) Meta 3%
Observaciones: Ventas 2019: \$ 2.908.724.217
ventas 2020 \$ 2.871.566.703

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el cuarto trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%:

Total compromisos 27

Avanzado 26

Insuficiente 1 (4%)

Observaciones:

- Mejorar el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Cronograma de Plan de AE Actualizado (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI) (100%)
Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6 en el periodo (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de la nueva ofimática (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de la nueva Telefonía (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de avance de renovación tecnológica (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,97%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,85%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP (100%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (665,22 milisegundos) Meta <=1500
- ✓ 100% Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%)
Mín. 93%, Est. 96%, Máx. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo crítico solucionados dentro de periodo (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 27 de 30	

- Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (98,86%)

Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%

 - ✓ 100% Porcentaje de eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta >=90%
 - ✓ 100% Porcentaje de avance Implementación del software de Patología (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTI (1) Meta 1
 - ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma del periodo (99,26%) Meta 100%
 - ✓ 99% Porcentaje de avance de actividades del proyecto de sistematización integral (99%) Meta 100%
 - ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (98%) Meta 100%
 - ✓ 97% Porcentaje de implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE I (97,22%) Meta 100%
 - ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (94,44%) Meta 100%
 - ✓ 93% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTI (92,86%) Meta 100%
 - ✓ 90% Porcentaje de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano (90%) Meta 100%
 - ✓ 90% Porcentaje de ejecución de presupuesto el proyecto de sistematización integral (90%) Meta 100%

Insuficiente:

- ✗ 38% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (38,41%) Meta 100%
- Observaciones: Octubre registra 5 acciones de mejora para cierre, 4 acciones de mejora abiertas
 Noviembre registra 3 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 acción de mejora abierta
 Diciembre registra 7 acciones de mejora para cierre oportuno 5 acciones de mejora abiertas

Oportunidades de mejora POAS administrativos

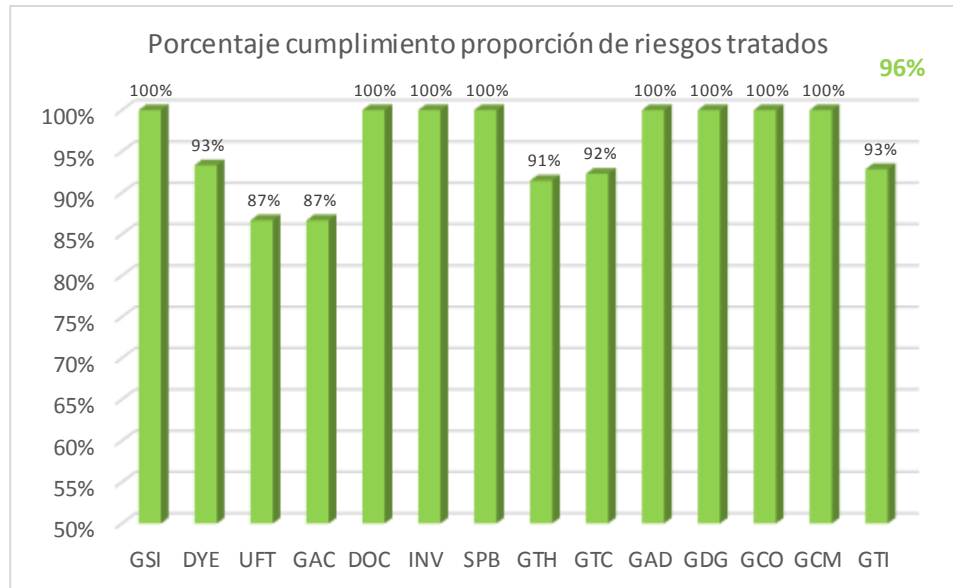
- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora.

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

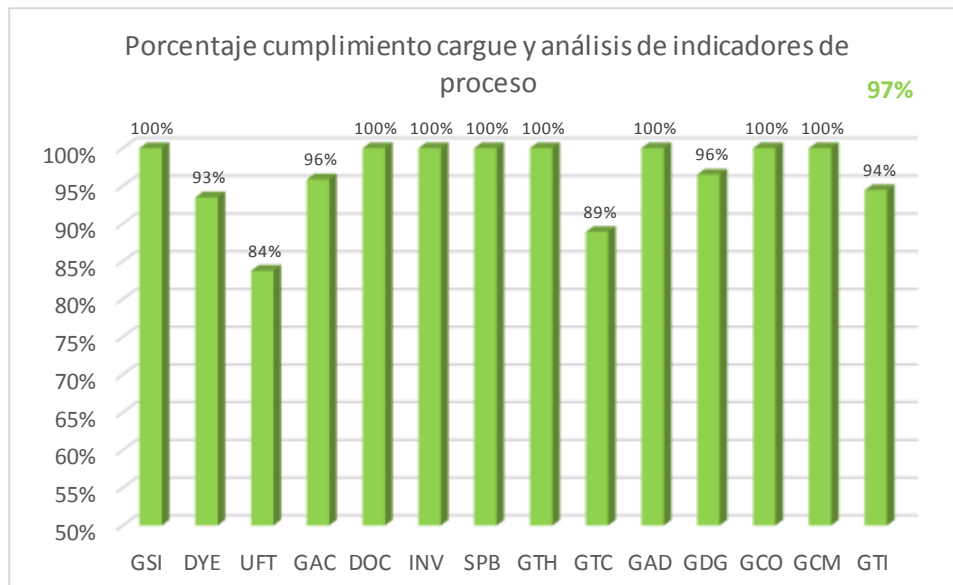
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el cuarto trimestre 2020:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 28 de 30	

- Proporción de riesgos tratados

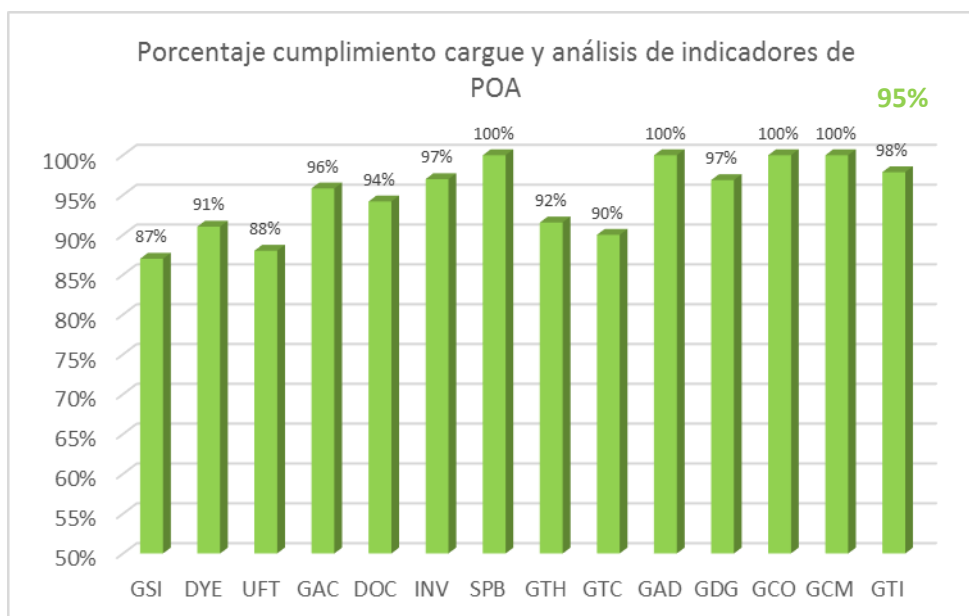


- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

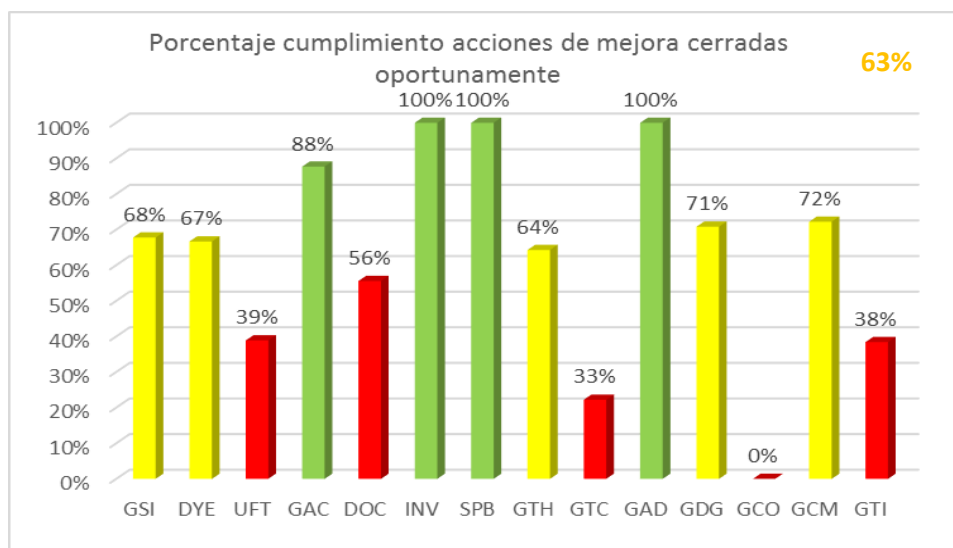


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 29 de 30			

- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.



- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 30 de 30	

- Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

Para el cuarto trimestre 2020 el proceso gestión comercial fue el único con estudios previos programados, los cuales fueron entregados oportunamente.

Giovana Guerrero C

Elaborado por

Hedy Giovana Guerrero Corrales
Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas

Dairys Yulieth Barrios Bonilla.

Revisado por

Dairys Yulieth Barrios Bonilla
Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas

Adriana Patricia Hernández Baquero

Aprobado por

Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas