

	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:	07/12/2020
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III 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:

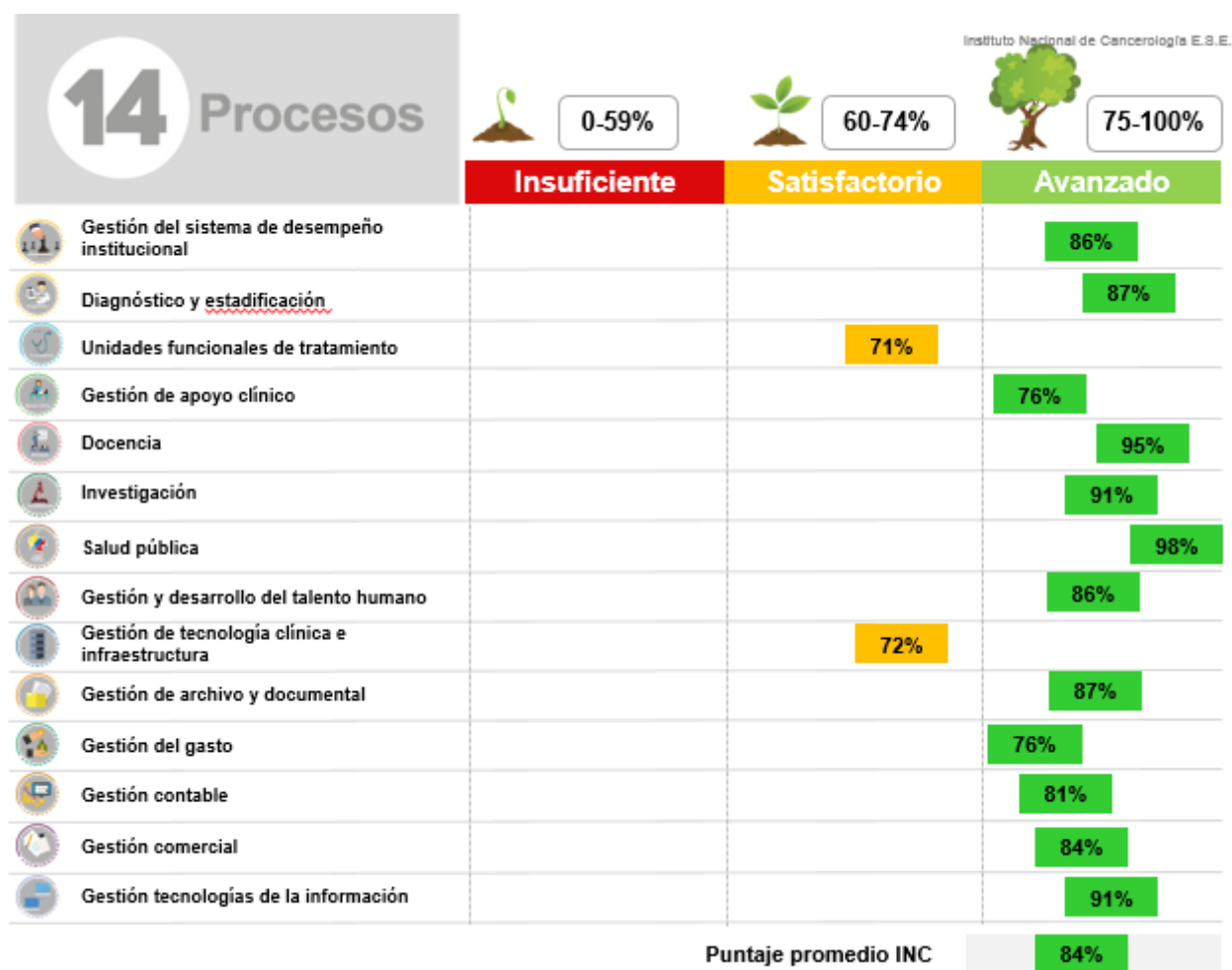
Criterios de Evaluación	Semaforización
0 a 59 Inoportunidad y bajo cumplimiento de los compromisos	
60 a 74 Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos	
75 a 100 Cumplimiento de los compromisos propuestos	

	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 II trimestre 319
Avanzado 249
Satisfactorio 16
Insuficientes 54 (17%)

2. RESULTADOS



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 84% 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:

- Se debe mejorar la gestión de los proyectos especialmente en la ejecución presupuestal.

MACROPROYECTO	APROPIACIÓN	COMPROMISOS ACUMULADOS	% EJECUCIÓN
CALIDAD	\$ 653	\$ 195	30%

- Baja cobertura en la aplicación de la encuestas de conocimientos de políticas a nivel institucional y planes priorizados
- Se deben realizar las capacitaciones en SIAI programadas para la vigencia a los diferentes grupos del INC
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora
- Total compromisos 35
Avanzado 29
Satisfactorios 2
Insuficientes 4

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

Avanzado

- ✓ 100% Documento con la metodología para la medición de la adherencia de los paquetes instruccionales presentada a la asesora de calidad (1 documento)
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejora de acreditación (133%) Meta 100%
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM 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) (6 reportes entregados de 6 programados para el trimestre)
- ✓ 100% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) (81,9%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos. (100%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de responsabilidad social (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de cooperación (100%) Meta 100
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada y aprobada (1 ficha) Meta 1
- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme (92,62%) Meta $\geq 70\%$

	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	

- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (95,81%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Reporte indicadores de satisfacción (20 UFT) (99,53%) Meta 100%
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 99% Cumplimiento del plan de acciones comunicativas (99,10%) 100%
- ✓ 98% Satisfacción de los usuarios pacientes (98,04%)
Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (95,83%) Meta 100%
- ✓ 95% Reporte indicador Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (94,89%) Meta 100%
- ✓ 93% Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) (79,3%) Meta $\geq 85\%$
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (93,18%) Meta 100%
- ✓ 91% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI (90,89%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: GSI de 90.89%, con participación de 45 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 89% Proporción de riesgos tratados en el INC (88,64%)
Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 100%
Observaciones: Se programó cierre efectivo de 44 riesgos, sin embargo hay de 5 riesgos sin cierre efectivo. Se verifica que aún siguen pendientes cierre de riesgos de los planes del año 2019 pero su fecha está vigente debido al cambio solicitado por sus coordinadores.
- ✓ 87% Cierre de acciones de mejora de acreditación (acumulado) (86,67%) Meta 100%
Observaciones: Acciones de mejora acreditación programas 15, 2 Acciones de mejora abiertas vencidas:
1. Remitir información de la disposición final de tecnologías de apoyo para la actualización del manual de activos fijos
2. Realizar capacitación en el protocolo de procedimiento en salud actuación ante la fuga de pacientes PPS-23
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI (85%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 42 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GSI aplicaron el cuestionario con un resultado del 85%.
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de los planes priorizados (86,40%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 81% Acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (81,03%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones : Para el tercer trimestre 58 acciones de mejora programadas, 11 acciones sin cerrar:
Asistenciales
1. Documentar dentro del manual de limpieza y desinfección el capítulo COVID
2. Ejecutar estrategias de capacitación acerca de los protocolos trazadores (lavado de manos, aislamiento y limpieza y desinfección) cuyos grupos objeto serán los definidos por los resultados de los indicadores. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)
3. Establecer e implementar la estrategia de auditoria para los servicios a los que se les dispensa medicamentos de alto costo. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)
4. Medición de indicadores de adherencia a la aplicación de los paquetes de medidas en los servicios de unidades de cuidado intermedios e intensivos adulto y pediátrico. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)

	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	

5. Realizar reuniones de seguimiento a proveedores críticos que se establecen de manera prioritaria de acuerdo a los resultados de evaluación de proveedores. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)

Administrativas

1. Realizar adecuaciones necesarias en el área de atención de usuarios para garantizar su privacidad
 2. Brindar condiciones adecuadas para proceso de higienización de manos en las áreas de descanso de servicios generales y vigilancia, disponer de punto de gel al ingreso del área de no ser posible punto de lavado de manos
 3. Medir el consumo de elementos requeridos para el lavado de manos en el INC. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)
 4. Seguimiento a los contratos de adquisición, comodato y mantenimiento. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)
 5. Seguimiento al cumplimiento de las actividades de capacitación programadas. (cambio de fecha a 30 de noviembre de 2020)
 6. Ajuste de documento relacionado con el reporte de novedades, ingreso y retiro del personal, donde se especifique el reporte de gestión TI oportunamente todas las novedades de trabajadores del instituto sin distinción de tipo de contrato. . (cambio de fecha a 31 de diciembre de 2020)
- ✓ 76% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales (75,90%)
Mín. 80%, Est. 90% , Máx.100%
- Observaciones: 834 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del Instituto Nacional de Cancerología, aplicaron el cuestionario con un resultado de conocimiento del 75%.
- ✓ 76% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (bajo el contexto del covid-19) (22,92) Meta 30%
- ✓ Observaciones: Se realizaron 11 actividades de 48 programadas:
1. La divulgación de los deberes y derechos se hace de manera constante por los medios digitales
 2. A partir de las quejas representativas efectúa intervención mediante salud ocupacional, psicología de la ARL y humanización.
 3. Intervenir sobre las prácticas de cuidado de sí mismo, de los profesionales –enfermeros jefes, auxiliares, médicos, psicólogos y otros-, a partir de la conformación de dispositivos grupales que permitan el intercambio de experiencias para la construcción del cuidado colectivo/ individual; dos intervenciones en grupos BALINT
 4. Reuniones de cuidado espiritual orientados al paciente, cuidador, funcionario y colaborador/ visita a hospitalización
 5. Cuidado de enfermería con tono Humano con la universidad de sabana
 6. Dar a médicos y enfermeras herramientas para liberar la fatiga propia de su quehacer y cuidar de sí mismos y de sus pacientes.
 7. Alianza estratégica con colaborador externo para el cubrimiento de los fines de semana.
 8. Taller espiritualidad grupo oncología medica
 9. Charla de sensibilización a grupos de 5 personas según agenda programada con jefe de vigilancia en trato humanizado. Comunicación asertiva, resolución de conflictos. Manejo de emociones.
 10. Convocatoria para la adecuación de los ascensores
 11. Planteamiento del proyecto mejora de los ascensores.

Satisfactorio

- 74% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (74,44%) Meta 100%
- Observaciones: Julio registra 5 acciones de mejora para cierre oportuno, 2 acciones de mejora modificadas en fecha. Agosto 6 acciones de mejora para cierre oportuno, 1 acción de mejora modificada. Septiembre 5

	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	

acciones de mejora para cierre oportuno, 1 acción se mantiene abierta a cargo Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera

- 61% Cumplimiento de la gestión de proyectos. (43%). Meta 70%
Observaciones: Apropiación \$ 47.427; Ejecutado \$ 13.475 = 28%; Actividades 58%

Insuficiente

- ✖ 57% Ejecución del macroproyecto de mejoramiento (40%) Meta 70%
Observaciones: Macroproyecto mejoramiento: Apropiación \$ 9.722; Ejecutado \$ 2705 = 28%; Actividades 53%
- ✖ 41% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales (41,19%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: 834 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del Instituto Nacional de Cancerología, aplicaron el cuestionario de un total de 2025 funcionarios
- ✖ 27% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados (26.83%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: Participación de 483 funcionarios y colaboradores a nivel institucional de 1800 funcionarios y colaboradores de acuerdo con los datos de capacidad instaladas del mes de octubre.
- ✖ 0% Cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI (60 grupos). Se registró 1 de 1 sin embargo se contemplaron 60 grupos, por lo cual se solicitó cargar el número de capacitaciones realizadas de las 60 programadas junto con evidencia. Sin respuesta por el responsable

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

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

Total compromisos 18

Avanzado 14

Satisfactorio 1

Insuficiente 3 (17%)

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana). (18,33 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. (10,20 días).
Mín. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la toma del PET. (14,34 días).
Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (4,15 días).
Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (2,60 días).
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 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 7 de 30	

- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología. (1,71 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. (72%). Meta. 60%
Observaciones: Apropiación \$ 333, Ejecución \$ 295, 89%; Actividades: 55%
- ✓ 100% Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso DYE en temas de seguridad del paciente. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (97,62%). Meta. 100%
- ✓ 83% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE. (83,6%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 83% 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. (58%). Meta. 70%
Observaciones: Apropiación \$ 556, Ejecución \$ 287 52%; Actividades: 65%

Satisfactorio

- 73% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE. (72,9%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (0%). Meta. 100%
- ✗ 44% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (31%). Meta. 70%
Observaciones: Apropiación \$ 1.806, Ejecución \$ 37 2%; Actividades: 60%
- ✗ 43% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. (30%). Meta. 70%
Observaciones: Apropiación \$ 52, Ejecución \$ 0 0%; Actividades: 60%

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

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

Total compromisos 32

Avanzado 23

Satisfactorio 1

Insuficientes 8

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura y acompañamiento de Enfermería en el duelo. (100%). Meta. 90%
- ✓ 100% 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. 1
- ✓ 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
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,12).
Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5

	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	

- ✓ 100% Informe de referenciación interna para promover el reporte de incidentes y eventos adversos asociados a la atención del proceso GAC. (1). Meta. 1
Observaciones: Referenciación interna de Farmacia a Enfermería
- ✓ 100% Informe de prueba piloto de la estrategia direccionada a mejorar la adherencia de paquete instruccional de úlceras por presión. (1). Meta. 1
- ✓ 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% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (95,81%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana). (16 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (46,87 horas). Meta. <=48 horas
- ✓ 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% Proporción de remisiones no utilizadas. (21,35%).
Mín. 10% Est. 15% Máx. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage. (7,3 minutos).
Mín. 20 min Est. 30 min Máx. 45 min
- ✓ 100% Documento de propuesta de reingeniería del servicio de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA). (1). Meta. 1
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (97,12%). Meta. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (94,76%). Meta 100%
- ✓ 93% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC. (92,86%). Meta. 100%
- ✓ 91% Registro del dolor en la historia Clínica. (90,94%).
Min. 50% Est. 75% Max. 100%
- ✓ 89% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC. (88,7%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: participación de 85 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 86% Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa a hospitalización (ingresos y traslados) y consulta externa 1ra vez del INC. (86,36%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 83% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (83,04%).
- ✓ Min. 75% Est. 85% Max. 100%

Satisfactorio

- 71% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC. (71,29%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 55% Cumplimiento de las actividades del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP). (33%). Meta. 60%
- ✗ 50% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (50%). Meta. 100%
Observaciones: Julio: 4 programados 0 entregados Grupo área gestión apoyo clínico. Agosto: 2 programados 2 entregados 1 Grupo área gestión apoyo clínico, 1 Banco de sangre

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSIP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 30	

- ✖ 50% Línea de base índice rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares).
Observaciones: Solo miden línea base en el turno de la mañana en el servicio de hospitalización
- ✖ 32% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (32,22%). Meta. 100%
Observaciones: Julio: 6 programados 1 cerrada Enfermería 3 abiertas, Hospitalización 2 abiertas 1 cerrada. Agosto: 9 programadas 3 cerradas. Septiembre: 15 programadas 7 cerradas
- ✖ 0% Ejecución del proyecto Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP). (0%). Meta. 60%
Observaciones: Apropiación \$ 345, Ejecución \$ 0
- ✖ 0% Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso GAC en temas de seguridad del paciente. (Las evidencias aportada no dan cumplimiento al compromiso POA)
No registra dato ni análisis
- ✖ 0% Documento del diseño del modelo integral de central de citas aprobado
- ✖ 0% Documento del modelo del centro de gestión integral al paciente aprobado y socializado

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

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

Total compromisos 30

Avanzado 18

Satisfactorio 3

Insuficiente 9 (31%)

Avanzado

- ✓ 100% Programa de humanización "Comprendiendo la experiencia humana del cáncer bajo la pandemia". (1). Meta. 1
- ✓ 100% Evidencia de socialización del programa de humanización. (1). Meta. 1
Observaciones: Se presenta modelo de humanización en la reunión del equipo de asesoría clínica y médica (Comando covid) del 16 de septiembre de 2020
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,12).
Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (95,8%). Meta. 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (38,67 días).
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento – quimio, radio o cirugía - (mediana). (20,33 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (20 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Línea base del indicador Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas. (Medición línea base 3,67%). Meta. Línea base
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,35). Mín. 0% Est. 5% Máx. 10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (4,97%). Mín. 0% Est. 5% Máx. 12%
- ✓ 100% Cirugía ambulatorias realizadas. (Medición línea base 37,67%). Meta. Medición línea de base
- ✓ 100% Gestión del programa extensión domiciliaria. (82%). Meta. 70%
- ✓ 88% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT. (87,7%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 10 de 30	

- Observaciones: participación de 50 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 87% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (86,67%). Meta. 100%
- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT. (84,31%). Meta. 100%
- ✓ 79% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (78,56%).
Min. 60% Est.75% Máx.100%
- ✓ 76% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (bajo el contexto del covid-19). (22,9%). Meta. 30%
- ✓ 75% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (74,81%).

Satisfactorio

- 70% Informe de seguimiento a la implementación del plan de humanización presentado a la Sub. Médica. (se realiza informe, sin embargo no fue entregado a la Sub. Médica en los tiempos definidos)
- 69% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. (48%). Meta. 70%
Observaciones: Apropriación \$ 1500, Ejecución \$ 400; Cumplimiento de actividades: 70%
- 68% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT. (67,61%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 59% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (41%). Meta. 70%
Observaciones: 22% ejecución presupuestal: Apropriación \$ 230, Ejecución \$ 51; Cumplimiento de actividades: 59%
- ✗ 57% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (51,15%).
Mín.75% Est. 80% Máx.90%
Observaciones Se calcula el 10% adicional resultando la meta 27,5, sin embargo se mantiene el incumplimiento
- ✗ 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (50%). Meta. 100%
Observaciones: Julio: NA. Agosto: 1 acción de mejora por cerrar 0 cerradas (UACAI. Septiembre: 4 acciones de mejora por cerrar 4 cerradas
- ✗ 13% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (9%). Meta. 70%
Observaciones: 0% de ejecución presupuestal: Apropriación \$ 409, Ejecución \$ 0; Cumplimiento de actividades: 17%
- ✗ 9% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (9%). Meta. 100%
Observaciones: Julio: Estudios previos programados por entregar 22, 20 correspondían a la Unidad de Hemato Oncología, de los cuales solo entregaron 2, 2 Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria los cuales no fueron entregados
- ✗ 0% Actas de EPM donde se evidencie el análisis de los eventos adversos más frecuente y las oportunidades de mejora definidas. (1). Meta. 1 (Las evidencia aportadas no corresponden a las capacitaciones del proceso UFT)
- ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (29,67 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
No registra dato ni análisis
- ✗ 0% Documento de estrategias de reorganización y articulación del soporte oncológico como componente del modelo de atención integral.

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

- ✖ 0% Documento de propuesta para consolidar el grupo de soporte oncológico pediátrico institucional.

Pendientes por ajustar: Cronograma de actividades del plan de humanización

2.4 Docencia

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

Total compromisos 15

Avanzado 13

Satisfactorios 2

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación. (94%). Meta. 80%
- ✓ 100% Satisfacción con la gestión de los convenios. (100%).
Min. 90% Est 95% Max. 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. (2,29 días). Meta. <=15
- ✓ 100% Relación estudiante docente. (1,1). Meta. <=7
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC. (57 especialistas en entrenamiento). Meta. 50
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 99% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC. (98,7%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- Observaciones: participación de 7 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas. (97,8%)
Min. 80% Est 90% Max. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC. (94,8%). Meta. 100%
- ✓ 87% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC. (87%).
- ✓ Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 70% Avance del documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES. (0,7). Meta. 1
- 70% Avance de documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES. (0,7). 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 12 de 30	

2.5 Investigación

Para el tercer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

Total compromisos 10

Avanzado 9

Satisfactorio 1

Avanzado

- ✓ 100% Resolución de la política de investigación actualizada, aprobada. (1). Meta. 1
- ✓ 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%
- ✓ 93% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (92,86%). Meta. 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. (54%). Meta. 60%
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV. (86%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- Observaciones: participación de 45 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV. (78,24%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 62% Ejecución del macroproyecto de investigación. (37%). Meta. 60%
- Observaciones: Apropiación \$ 2.767, Ejecución \$ 1.032

2.6 Salud pública

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

Total compromisos 12

Avanzado 12

Avanzado

- ✓ 100% Documento del programa para el monitoreo de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documento del diseño metodológico del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia socializado con instituciones involucradas. (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% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (60,18%). Meta. 60%
- ✓ Observaciones: Apropiación \$ 1.316, Ejecución \$ 792
- ✓ 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. (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			

- ✓ 95% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (57%). Meta. 60%
- ✓ 95% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB. (94,6%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 84% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB. (84,09%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Oportunidades de mejora POAS Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.

MACROPROYECTO	APROPIACIÓN	COMPROMISOS ACUMULADOS	% EJECUCIÓN
MEJORAMIENTO CONTINUO	\$ 9.722	\$ 2.757	28%
PROGRAMA DE EXTENSIÓN DOMICILIARIA	\$ 276	\$ 267	97%
FORT APPLIC CLÍNICAS PET	\$ 52	\$ 0	0%
INNO SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR	\$ 556	\$ 287	52%
PROGRAMACÁNCERES HEREDITARIOS	\$ 333	\$ 324	97%
UNID AMBU. ATENCIÓN PRIORITARIA ESPECIALIZADA	\$ 409	\$ 0	0%
ATENCIÓN PERIO. INTEGRAL CÁNCER	\$ 230	\$ 51	22%
MODERNIZACIÓN DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA			
RADIOTERAPICA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL INC	\$ 1.510	\$ 400	26%
PROGRAMA RED NACIONAL DE CÁNCER HEREDITARIO EN COLOMBIA	\$ 51	\$ 12	23%
PROGRAMA PROD MAGISTRAL EN BIOTECNOLÓGICOS FITOTERAPÉUTICOS Y RADIOFÁRMACOS EN EL INC	\$ 1.806	\$ 37	2%
CEGIP CENTRO GESTIÓN INTEGRAL PACIENTE CON CÁNCER	\$ 345	\$ 0	0%

Investigaciones 49%

Salud Pública: 51%

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

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

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

Total compromisos 24

Avanzado 19

Satisfactorios 3

Insuficientes 2 (9%)

Observaciones:

	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	

- 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. (15 días en promedio). Meta. 30 días
- ✓ 100% Registro de Historias Laborales. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Proporción de actos administrativos realizados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). (59 días).
- ✓ Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (55,9 días).
- ✓ Mín.50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 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.
- ✓ 100% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (12,55).
- ✓ Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 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% Proporción de riesgos tratados del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 85% Proporción de Bonos pensionales tramitados. (84,8%). Meta. 100%
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTH (84,6%)
- ✓ Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 79% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH. (78,89%).
- ✓ Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas). Meta. Fechas del cronograma
- 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (nación). (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas). Meta. Fechas del cronograma
- 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (administrados). (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas). Meta. Fechas del cronograma

Insuficiente

- * 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (Cumple con 1 de las 3 fechas programadas). Meta. Fechas del cronograma

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

- ✖ 0% Índice de severidad por accidente INC. (159,88).
Min. 0 Est. 50 Max. 100

Pendiente por ajuste. Porcentaje de ausentismo por causas definidas

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

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

Total compromisos 42

Avanzado 27

Satisfactorio 2

Insuficiente 13 (31%)

Observaciones:

- Mejorar la gestión de los macroproyectos especialmente en la parte presupuestal
- Indicadores sin cargue y análisis
- Un indicador sin dato y con análisis realizado dos meses después (compromiso poa julio, análisis cargado en septiembre)

Avanzado

- ✓ 100% Funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 80%
Observaciones: Julio almuerzos entregados a doctores, residentes, camilleros y enfermeras personal 12 horas Total 1105. Agosto almuerzos entregados a doctores, residentes, camilleros y enfermeras Total 973. Septiembre almuerzos entregados doctores, residentes, camilleros y enfermeras Total 823
- ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (4,53 días) dato de los meses julio y agosto ya que no registra dato del mes de septiembre. Meta <=5 días
- ✓ 100% PIGA actualizado en el Siapinc
- ✓ 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 (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,1%)
Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Adquisición de tecnologías incorporadas (80,41%) Meta 50%
- ✓ 100% Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados). Plan actualizado
- ✓ 100% Plan de aseguramiento metrológico. Plan actualizado
- ✓ 100% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos (2,2 días)
Min. 3 días, Est. 6 días, Máx. 8 días
- ✓ 100% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (4,89 días) Meta<= 8 días
- ✓ 100% Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento correctivo (6,28 horas)
Min. 1 hora, Est. 9 horas, Máx. 18 horas
- ✓ 100% Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (70%) Meta 70%
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (99,411%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 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	

- ✓ 99% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia (99,33%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Lavandería (98,75%)*
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (98%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (96,33%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos (95,68%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 92% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (55%) Meta 60%
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTC (92,31%) Meta 100%
Observaciones: De 13 criterios evaluados no cumple 1 criterio
- ✓ 91% Cumplimiento de las rutinas de verificación (86,90%) Meta 95%
Observaciones: Julio se ejecutan 37 rutinas de verificación de las 44 programadas. Agosto se ejecutaron 42 rutinas de verificación de 49 programadas. Septiembre se ejecutaron 50 rutinas de verificación de 55 programadas. Se obtiene un incremento al seguimiento de ejecución de rutinas y al apoyo en la ejecución del proveedor de mantenimiento (In house).
- ✓ 89% Ejecución del cronograma PIGA (88,89%) Meta 100%
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC (86%)
Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Proceso GTC 86%, con participación de 25 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (85,71%) Meta 100%
Observaciones: Para el mes de julio se registraron 5 de 7 indicadores, los indicadores que no registró análisis fueron: Oportunidad en el cierre de solicitudes de mantenimiento correctivo de equipos médicos, Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento. Para el mes de agosto se registraron 6 de 7 indicadores, el indicador Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo no registró dato ni análisis. Para el mes de septiembre obtuvo un cumplimiento de 100%.
- ✓ 79% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (78,57%) Meta 100%
Observaciones: El proceso GTC para el III trimestre de 70 indicadores con cargue y análisis oportuno 55.
- ✓ 77% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (76,51%) Meta 100%
Observaciones: Para Julio de 2020 , y de acuerdo con el sistema de información SAP transacción ZPPFOI - Programación presupuesto Func.Op.Inv, el proceso GTC, tenía 11 ítems definidos para entregar, de los cuales se recibieron 6 en el Grupo Gestión Compras y Contratación
Para Agosto de 2020 , y de acuerdo con el sistema de información SAP transacción ZPPFOI - Programación presupuesto Func.Op.Inv, el proceso GTC, tenía 8 ítems definidos para entregar, de los cuales se recibieron 6 en el mes de agosto y dos en septiembre en el Grupo Gestión Compras y Contratación
Para Septiembre de 2020 , y de acuerdo con el sistema de información SAP transacción ZPPFOI - Programación presupuesto Func.Op.Inv, el proceso GTC, tenía 2 ítems definidos para entregar, de los cuales se recibieron los mismos en el Grupo Gestión Compras y Contratación

Satisfactorio

- 66% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo. No registra dato del mes de septiembre (66%)

	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	

Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%

Observaciones: Julio se realizaron 82 mantenimientos de los 82 programado.

Agosto se realizaron 86 mantenimientos de los 86 programados.

Se programaron todo tipo de mantenimientos: techos, pisos y paredes, terrazas (aplicación de sikaflex y limpieza), limpieza en sistema de aguas lluvias (canaletas y bajantes), sistema eléctrico e hidráulico. Además, los mantenimientos mensuales de equipos no biomédicos.

Septiembre no registra dato ni análisis (0%)

- 66% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC (66,31%)

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Observaciones: 198 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GTC aplicaron el cuestionario con un resultado del 66%.

Insuficiente

- × 58% Ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo. No registra dato del mes de septiembre (52,54%) Meta $\geq 90\%$

Observaciones: Julio se realizaron 276 órdenes de un total de órdenes recibidas en el periodo de 363.

Agosto se realizaron 297 órdenes de total de órdenes recibidas en el periodo de 364.

En algunos casos los días pueden aumentar ya que el contratista realiza el mantenimiento pero no lleva el requerimiento oportunamente para el cierre, 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.

Septiembre no registra dato ni análisis (0%)

- × 52% Ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo. No registra dato del mes de septiembre (51,76%)

Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%

Observaciones : Julio de 2020 se recibieron un total de 433 órdenes de servicio no se realizaron 95

Agosto se recibieron un total de 439 órdenes de servicio, no se realizaron 100

Las órdenes no realizadas requiere un tiempo mayor para la resolución dado que en contratos como el de suministro de cortinas no cuenta con operarios en la institución y se requiere la creación desde cero de las cortinas lo cual lleva un tiempo considerable, lo mismo para el contrato de vidrios,

Septiembre no registra dato ni análisis (0%)

- × 52% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (36,34%) Meta 70%

- × Observaciones: Apropiación \$ 13.715, ejecutado \$ 4.984

- × 33% Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento integral) (1 informe) Meta 3 informes

- × 33% Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación (19,90%) Meta 60%

Observaciones: Apropiación \$ 19.907, ejecutado \$ 3.961

- × 33% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (33,33%) Meta 100%

- × Observaciones: Julio 2 acciones de mejora para cierre oportuno; 1 acción de mejora abierta.

Agosto 3 acciones de mejora para cierre oportuno, 2 acciones de mejora abiertas

Septiembre 6 acciones de mejora para cierre oportuno; 2 acciones de mejora modificadas en fecha y acciones

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 18 de 30	

de mejora abiertas 3.

- ✖ 33% Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo subido en SIAPINC y entregado en Secretaría de Salud (El documento no fue cargado en SIAPINC, no hay evidencia de entrega a Secretaría de Salud)

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura
- ✖ 0% Gestión de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico
- ✖ 0% Plan de señalización integral e inclusiva actualizado
- ✖ 0% Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes.
- ✖ 0% Satisfacción del servicio de mantenimiento
- ✖ 0% Especificaciones técnicas elaboradas. No registra dato, análisis cargado en el mes de septiembre y el compromiso en el POA programado para el mes de Julio

3.3 Gestión de archivo y documental

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

Total compromisos 10

Avanzado 9

Insuficiente 1

Avanzado

- ✓ 100% Desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación fase I de la estrategia de generación de documentos electrónicos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Informe Capacidad de Aplicativo SIAPINC frente a los requisitos del SGDEA (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 89% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD (88,90%)*
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Proceso GAD de 88,9%, con participación de 18 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 80% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD (79,56%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 23 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GAD (Gestión de Archivo y Documental) aplicaron el cuestionario con un resultado del 79%.

Insuficiente

- ✖ 0% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente (0%) Meta 100%
Observaciones: Estudios previos sin entregar: Julio 1 ítem definido para entregar el cual no se recibió
Agosto no aplica
Septiembre no aplica

	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	

3.4 Gestión del gasto

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

Total compromisos 28

Avanzado 21

Satisfactorio 1

Insuficiente 6 (21%)

Observaciones:

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

Avanzado

- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta <=5%
- ✓ 100% Acta o informe de reuniones de austeridad realizadas (1 acta) Meta 1
- ✓ 100% Ejecución rendimiento financiero (acumulado) (54,44%) Meta 54%
- ✓ Observaciones: Rendimientos financieros generados + Descuentos Financieros acumulado = \$ 4.081.096.712 / Rendimientos financieros presupuestados = \$7.496.000.000
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Ejecución del PAC - Recurso Nación (100,18%) Meta 95%
Observaciones: La ejecución del mes de julio fue del 100.04% se pagó este porcentaje con respecto a los recursos solicitados al Ministerio de Nación de Ministerio de Hacienda
En el mes de agosto de 2020, se realizó la ejecución del 99.31%, de acuerdo al informe generado por la tesorería y corroborado por presupuesto, de acuerdo a los recursos entregados por el Ministerio de salud y de Hacienda.
En el mes de septiembre de 2020 fue del 101.21% ya que se ejecutaron los recursos pendientes al cierre del mes de agosto de 2020.
- ✓ 100% Cumplimiento del plan anual de adquisiciones (59,86%) Meta 60%
Observaciones: 865 ítems adjudicados de 1445 ítems plasmados en el Plan de compras de Bienes, Servicios y Obra Publica
- ✓ 100% Ítem presentados a comité (77,76%) Meta (60%)
- ✓ Observaciones: Se han presentado 1.262 ítems presentados a comité
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (10,06 días). Meta 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (11,8 días) Meta 45 días
- ✓ 100% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (73,24%) Meta 60%
- ✓ Observaciones: Se liquidaron 438 contratos de los 598 contratos que se deben liquidar al tercer trimestre del 2020.
- ✓ 100% Estudios previos ajustados (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Documento de diseño del plan de intervención de estudios previos (Documento elaborado)
- ✓ 100% Procedimiento revisado de importaciones institucional publicado (revisión, aprobación y socialización)
- ✓ 100% Ejecución por concepto de ingreso (66,48%) Meta 62%
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (98,31%) Meta 100%
Observaciones: Para el III trimestre 59 indicadores programados, 1 indicador sin cargue y análisis oportuno

	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	

- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (96,30%) Meta 100%
Observaciones: Julio se registraron 8 de 9 indicadores, el indicador que no registra dato ni análisis fue: Razonabilidad de los inventarios.
Agosto se registraron 9 de 9 indicadores
Septiembre se registraron 17 de 17 indicadores
- ✓ 89% Estudios previos revisados y gestionados (89,43%) Meta 100%
Observaciones: Para julio se recibieron 104 estudios previos de los cuales se gestionaron 101
Para Agosto se recibieron 70 estudios previos de los cuales se gestionaron 64
Para Septiembre se recibieron 79 estudios previos de los cuales se gestionaron 63
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG (77,69%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 26 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GDG.
- ✓ 75% Ítem Adjudicados adicionales (63,48%) Meta 85%
Observaciones: A 30 de Septiembre de 2020 se han adjudicado 113 ítems de 178 ítems correspondientes al plan adicional de acuerdo a las solicitudes realizadas por las áreas técnicas responsables de los procesos.

Satisfactorio

- 72% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG (72,49%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Proceso GDG de 72,5%, con participación de 51 funcionarios y colaboradores

Insuficiente

- ✗ 33% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (33%) Meta 100%
(pendiente análisis y evidencias)
- ✗ 0% Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional (73,4 días)
Mín. 51 días, Est. 52 días, Máx. 54 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización (35,37 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (69,17 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (90,87 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (118,33 días)
Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días

3.5 Gestión contable

Para el tercer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 81%:

Total compromisos 16

Avanzado 13

Insuficiente 3 (19%)

Observaciones:

	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	

- Se debe mejorar el trámite de las facturas por parte de los supervisores
- Debe haber una mayor participación del proceso GCO en las encuestas de conocimientos institucionales

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% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS (3 reportes) Meta 3
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de la revisoría fiscal (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección administrativa (3 reuniones) Meta 3
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 88% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO (88%)*
- ✓ Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ Observaciones: Proceso GCO de 88%, con participación de 5 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 84% Cumplimiento de prestaciones costeadas (84,46%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 1560 prestaciones costeadas de 1943
Agosto: 1645 prestaciones costeadas de 1943
Septiembre: 1718 prestaciones costeadas de 1943
- ✓ 75% Estados financieros presentados y publicados en la página web (No se evidencia publicación de los estados financieros en la página web)

Insuficiente

- ✗ 50% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO (50%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 1 colaborador (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GCO aplicó el cuestionario con un resultado del 50%.
- ✗ 0% Costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (101,12%) Meta <=80%
Observaciones: Costo asistencial \$ 23.273.000.000 / Total ingresos operacionales \$ 23.015.000.000
- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (18,32 días) Meta <=15 días

3.6 Gestión comercial

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

Total compromisos 26

Avanzado 23

Insuficiente 3 (12%)

	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	

Observaciones

- Por Brote de COVID que se presentó ocasionó 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, lo que afectó indicadores como: porcentaje de glosa recibida respondida dentro de los términos legales, porcentaje de glosa recibida

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (113,63%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones: Facturación ejecutada en el trimestre \$ 59.466.593.534 /metas facturación trimestre \$ 52.500.000.000
La facturación de Julio 2020 fue del 119% frente a la meta del mes, donde el 61% lo representan: Capital Salud PGP (24%), Nueva EPS Contributivo (16%), Capital Salud Subsidiado (11%), Famisanar (6%), Nueva EPS Subsidiado (4%) y el 39% otras entidades
La facturación de Agosto 2020 fue del 111% frente a la meta del mes, donde el 61% lo representan: Capital Salud PGP (25%), Nueva EPS Contributivo (17%), Capital Salud Subsidiado (14%), Famisanar (8%), Nueva EPS Subsidiado (3%) y el 33% otras entidades
La facturación de Septiembre 2020 fue del 110% frente a la meta del mes, donde el 64% lo representan: Capital Salud PGP (24%), Nueva EPS Contributivo (14%), Capital Salud Subsidiado (13%), Famisanar (9%), Compensar (5%) y el 36% otras entidades.
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
Observaciones: 9 actividades realizadas de 9 programadas:
 1. Circularización de saldos
 2. Cobro de radicación mensual
 3. Cobro de los valores reconocidos en conciliaciones de glosa
 4. Ejecución de visitas de acuerdo al cronograma
 5. Cruce contable de cartera
 6. Cobro persuasivo
 7. Cobro coactivo con mandamiento de pago y medidas cautelares
 8. Demanda jurisdiccional ante la supersalud
 9. Compensación oportuna de pagos totales o parciales, notas crédito y demás documentos autorizados contables que afecten el valor de la factura y permita evidenciar el saldo real
- ✓ 100% Conciliación de cartera con las ERP (100%) Meta 100%
Observaciones: Para el tercer trimestre del 2020 se proyectaron 42 cruces contables de cartera de las cuales se ejecutaron 42
- ✓ 100% Conciliación de glosa (119,70%) Meta >=80%
Observaciones: Conciliaciones realizadas \$ 21.938.448.371.00. Glosa entregada trimestre anterior \$18,327,548,468.00
- ✓ 100% Oportunidad ingreso de glosa (1,13 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias (2,89 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria (1,02 días) Meta <=1 día
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (99,96%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (76,09%) Meta 73%
Observaciones: Corte al tercer trimestre se lleva un acumulado de \$184.363.935.717 de un valor proyectado para la vigencia de \$242.295.545.021

	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	

- ✓ 100% 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 (70,29%) Meta 60%
Observaciones: De la venta programada para la vigencia 2020 de \$2.305.523.322 de servicios en nichos distintos a ERP (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) con corte al tercer trimestre se realizaron ventas acumuladas por \$1.620.585.792
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCM (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%
Observaciones: 479 solicitudes tramitadas de 479 solicitudes. El 92% se actividades o solicitudes se ejecutaron en una oportunidad menor a 5 días y el 8% en tiempos mayores a 6 días.
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (98,95%) Meta 100%
Observaciones: Para el tercer trimestre un indicador sin análisis oportuno de 48 indicadores programados
- ✓ 97% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (96,88%)
Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
Observaciones : Valor recaudo tercer trimestre \$57.622.359.260,77 / valor facturación \$ 59.466.593.534
Para el periodo de julio de 2020 el índice de recaudo fue de 101%, es decir que por cada cien pesos facturados el recaudo fue de 101 pesos.
Para el periodo de agosto de 2020 el índice de recaudo con respecto a la facturación del mismo mes fue de 96%, es decir que por cada cien pesos (\$100) facturados el recaudo fue noventa y seis pesos (\$96).
Para el periodo de septiembre de 2020 el índice de recaudo fue de 94%, es decir que por cada cien pesos facturados el recaudo fue de \$94 pesos.
- ✓ 86% Ejecución del plan de intervención de glosa (64,28%) Meta 75%
Observaciones: Se realizaron 18 actividades de 28 actividades programadas
 1. Realizar listados con las tarifas actuales y al momento de terminar nueva negociación con los proveedores del INC
 2. Realizar contratación para atención pediátrica con entidades, SIN CONTRATO por cartera morosa, TUTELAS,
 3. Parágrafo dentro de la minuta de contrato en lo referente a autorizaciones
 4. Parágrafo dentro de la minuta de contrato en lo referente a soportes
 5. Entregar a las ERP archivos de atenciones y procedimientos con los códigos parametrizados de acuerdo a la norma y las homologaciones realizadas en el sistema de información SAP
 6. Notificación a la supersalud
 7. Realizar notas por EPS, de acuerdo a archivo verificado con cartera y verificado contra actas de conciliación y respuestas de glosa
 8. Garantizar la recepción efectiva de la glosa por la ERP mediante el escaneo de la respuestas
 9. Actualización permanente de novedades por cambio de dirección o responsables del recibo de las glosas en la ERP (Firmas auditoras)
 10. Subsanación con soportes antes de materializarse la glosa - Identificar correos, entidades
 11. Dar cumplimiento con el cronograma de conciliaciones
 12. Realizar cruces de información antes de la reunión con la entidad
 13. Participar en mesas de trabajo de conciliación de estados de cartera - mesas contraloría - entes de control

	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	

14. Realizar cruces de información de glosas entre aliados estratégicos de cartera y Facturación antes de realizar cruces con la ERP.

15. Dispensación (verificación de homologación, registro en sap del número mipres e igualdad de la prescripción de medicamentos e insumos) por farmacia

16. Revisar prescripción y generación de mipres y registro en sap de procedimientos(facturación)

17. Cierre de la factura con verificación de toda la trazabilidad (Facturación)

18. Mejora de canales de comunicación con las EPS para asignación de citas

✓ 84% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCM (84,34%)

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Observaciones: Proceso GCM de 84,3%, con participación de 38 funcionarios y colaboradores

✓ 83% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo (83,39%)

Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%

Observaciones: El ingreso acumulado (enero a julio) \$141.801 millones, respecto a la meta acumulada para el mismo corte (\$167.208 millones). El 70% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP que realizó pago por (\$4.727 millones); NUEVA EPS, realizó pago por (\$4.488 millones) de los cuales corresponden al régimen contributivo; MEDIMAS SUBSIDIADO realizó pagos por (\$2.127 millones); CAPITAL SALUD CONTRIBUTIVO realizó pago por (\$1.609 millones) y COMPARTA realizó pago por (\$1.260 millones).

El ingreso acumulado (enero- agosto) \$160.286 millones con respecto a la meta presupuestal programada para el mes de agosto 2020 (\$190.239 millones), El 69% del ingreso del periodo acumulado (enero-agosto 2020), se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD: \$51.834 millones / 32% - (PGP: \$35.746 millones / Evento: 16.089 millones). ? NUEVA EPS: \$28.411 millones / 18% - (Rég Cont: \$25.358 millones / Rég. Subs: \$3.053 millones). ? MEDIMAS EPS: \$17.027 millones / 11% - (Rég Cont: \$9.615 millones / Rég. Subs: \$7.412 millones. FAMISANAR. \$7.245 millones / 5% COMPENSAR EPS: \$5.602 millones /

El ingreso acumulado (enero a septiembre \$179.020 millones, respecto a la meta acumulada para el mes de septiembre de 2020 (\$220.711 millones), El 65% del ingreso del periodo acumulado (enero-septiembre 2020), se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP: \$39.605,00, equivalente al 22% del recaudo acumulado en el periodo. NUEVA EPS: 32.024,00, equivalente al 18% del recaudo acumulado en el periodo. CAPITAL SALUD EVENTO: \$18.687,00, equivalente al 10% del recaudo acumulado en el periodo. FFDS: \$18.229,00, equivalente al 10% del recaudo acumulado en el periodo. FAMISANAR. \$8.186, equivalente al 5% del recaudo acumulado en el periodo.

✓ 83% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (62,50%) Meta 75%

Observaciones: 15 actividades realizadas de 24 programadas:

1.Aprobación del plan

2.Definir necesidades de capacitación

3.Solicitar necesidades de capacitación personal de planta

4.Solicitar necesidades de capacitación personal vinculado por tercerización

5.Alinear proceso de capacitación (reunión bienestar y capacitación)

6.Identificar servicios asistenciales para la transferencia de conocimientos

7.Capacitaciones TAMO

8.Capacitaciones Citorreducción

9.Infusión linfocitos procedimiento nuevo alta complejidad/ plus/ únicos en el país

10.Atención y extensión domiciliaria

11.Telemedicina

12.Hematología- mielomas

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

13. Taller PGP – Price water house
14. Taller para la construcción de una UFCA – BMS 12
15. Concepto técnico coaching ventas
- ✓ 79% Autorizaciones obtenidas (71,03%) Meta $\geq 90\%$
Observaciones : Autorizaciones obtenidas 35.622 de 50.259 solicitadas
 - ✓ 78% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM (78,12%)
 - ✓ Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 32 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GCM aplicaron el cuestionario con un resultado del 78%.
 - ✓ 75% Cumplimiento de las metas de recaudo (75%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones : Valor recaudo tercer trimestre \$57.622.359.260,77
Julio el recaudo real no superó la meta presupuestal del periodo, quedando un 15% por debajo de lo planeado. El 70% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP que realizó pago por (\$4.727 millones); NUEVA EPS, realizó pago por (\$4.488 millones) de los cuales corresponden al régimen contributivo; MEDIMAS SUBSIDIADO realizó pagos por (\$2.127 millones); CAPITAL SALUD CONTRIBUTIVO realizó pago por (\$1.609 millones) y COMPARTA realizó pago por (\$1.260 millones).
Para el mes de agosto de 2020, el recaudo real (\$18.485 millones) alcanzó el 83% de cumplimiento con respecto a la meta presupuestal establecida para el mismo periodo (23.031 millones). El 65% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP: \$3.859 millones. NUEVA EPS: \$2.598 millones, de los cuales corresponden al régimen contributivo. COMPENSAR: \$941 millones FAMISANAR: \$914 millones CAPITAL SALUD EVENTO: \$3.613 millones.
Para el mes de septiembre de 2020, el recaudo real (\$18.735 millones) alcanzó el 61% de cumplimiento con respecto a la meta presupuestal establecida para el mismo periodo (30.472 millones). El 64% del ingreso del periodo se concentró en pagos realizados por: CAPITAL SALUD PGP: \$3.859 millones; NUEVA EPS, realizó \$3.613 millones, de los cuales corresponden al régimen contributivo; CAPITAL SALUD EVENTO: \$2.598 millones. FFDS: \$914 millones y, FAMISANAR: \$941 millones.

Insuficiente:

- ✗ 17% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (16,96%)
- ✗ Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones : Valor total de Glosas respondidas dentro de términos= \$ 2.962.923.094/ Valor objeción recibida = \$ 17.466.191.899
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 definitiva (4,94%) Meta $\leq 3\%$
Observaciones : Valor Aceptación en glosa + aceptación en conciliación = \$ 2.881.674.890/ Valor facturación del mes anterior = 58.372.027.009
La aceptación está dada principalmente motivo de importancia con respecto los CTC para el recobro de lo NO POS, sin registro Invima para la patología. Patologías no realizadas, soportes de administración de medicamentos y tarifas en fondo financiero, medimas, convida y famisanar). *Acuerdos con Sura EPS desde el año 2009 hasta junio 2019- *Acuerdos tarifas
- ✗ 0% Glosa Recibida (33,80%)
Mín. 18% Est. 20% Máx. 22%
Observaciones: En Julio 2020 se recibió glosa inicial por \$ 4.361.933.115,88 que al compararlo con la

	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	

radicación del periodo, genera un porcentaje del 28,5% las entidades con mayor registro son: Medimas (Devoluciones - Soportes - autorizaciones y facturación), Comfamiliar Huila ARS (Devoluciones - Pertinencia), Compensar (Devoluciones- Autorizaciones- Tarifas), Comparta (Devoluciones), Famisanar (Tarifas).

En Agosto 2020 se recibió glosa inicial por \$ 5.852.3303.85,15 que al compararlo con la radicación del periodo, genera un porcentaje del 34% las entidades con mayor registro son: comparta (Devoluciones), Comfamiliar Huila ARS (Devoluciones - Pertinencia), Compensar (Devoluciones- Autorizaciones- Tarifas), aliansalud (Devoluciones), salud total (devoluciones). Frente al mismo mes de Agosto de la vigencia anterior (13%) se observa que aumentó en 21 puntos porcentuales.

En Septiembre 2020 se recibió glosa inicial por \$ 7.251.928.398 que al compararlo con la radicación del periodo, genera un porcentaje del 39% as entidades con mayor registro son: Cafesalud Reg. Contributivo. Fondo Financiero, Cafesalud Reg. Subsidiado, Compensar, Salud Total (Facturación, Soportes, Devoluciones, Tarifas).

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el tercer trimestre de 2020, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

Total compromisos 21

Avanzado 19

Insuficiente 2 (10%)

Observaciones:

- Mejorar el cierre de acciones de mejora.
- Mejorar la ejecución del proyecto de sistematización integral

Avanzado

- ✓ 100% Documento PETI actualizado
- ✓ 100% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma del periodo (86%) Meta 50%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,88%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,97%) Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Disponibilidad del sistema SAP (99,99%) Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (765 milisegundos) Meta <=1500
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%) Mín. 93%, Est. 96%, Máx. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo critico solucionados dentro de periodo (100%) Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (97,56%) Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta >=90%
- ✓ 100% Avance de actividades del proyecto de sistematización integral (70%) Meta 70%

	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	

- ✓ 100% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado
- ✓ 100% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI (99,5%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Proceso GTI de 99,5%, con participación de 10 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (99%) Meta 100%
- ✓ 98% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE II (73,61%) Meta 75%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (96,30%) Meta 100%
Observaciones: Julio cumplimiento de 100%,
Agosto cumplimiento de 100%
Septiembre cumplimiento de 88,89%, el indicador que no registro dato ni análisis fue: Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información
- ✓ 93% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTI (92,85%) Meta 100%
Observaciones De 14 criterios no se cumple 1
- ✓ 77% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI (76,92%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 13 colaboradores (aliados estratégicos, contratistas, planta global y transitoria) del proceso GTI aplicaron el cuestionario con un resultado del 76.9%

Insuficiente:

- ✗ 48% Ejecución de presupuesto el proyecto de sistematización integral (33,80%) Meta 70%
Observaciones: Apropiado \$ 3501, Ejecutado \$ 1183
- ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI
Observaciones: Julio UNA (1) acción de mejora para cierre oportuno a cargo de Grupo Área Gestión Tecnologías de la información la cual se mantiene abierta.
Agosto no registra acciones de mejora para cierre oportuno
Septiembre no registra acciones de mejora para cierre oportuno.

Oportunidades de mejora POAS administrativos

- Mejorar la gestión de los proyectos.

MACROPROYECTO	APROPIACIÓN	COMPROMISOS ACUMULADOS	% EJECUCIÓN
INFRAESTRUCTURA	\$ 19.907	\$ 5.376	27%
TECNOLOGIA BIOMEDICA EN EL INC	\$ 9.865	\$ 1.577	16%
INCORPORACIÓN EQUIPO DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR RMN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	\$ 3.850	\$ 3.570	93%
SISTEMATIZACIÓN INTEGRAL	\$ 3.501	\$ 1.183	34%

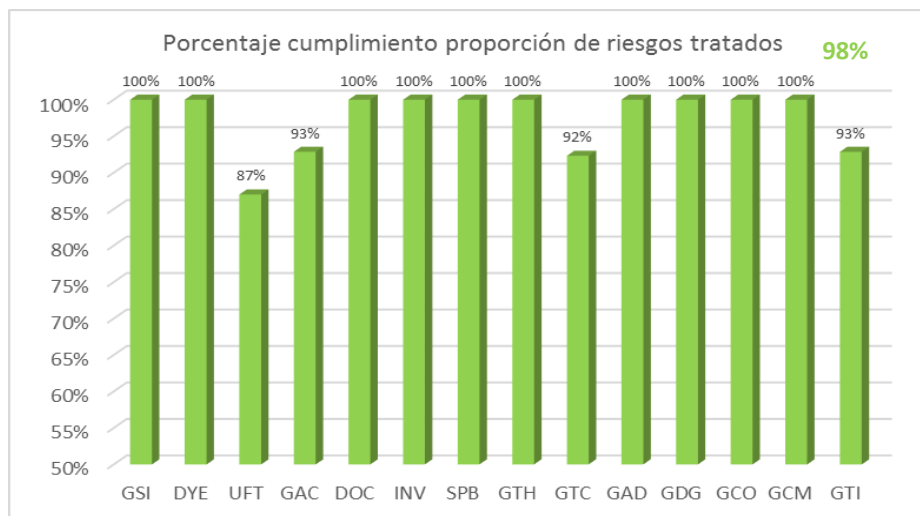
- Mejorar en la entrega de estudios previos
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora.
- Cargue oportuno de indicadores

	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			

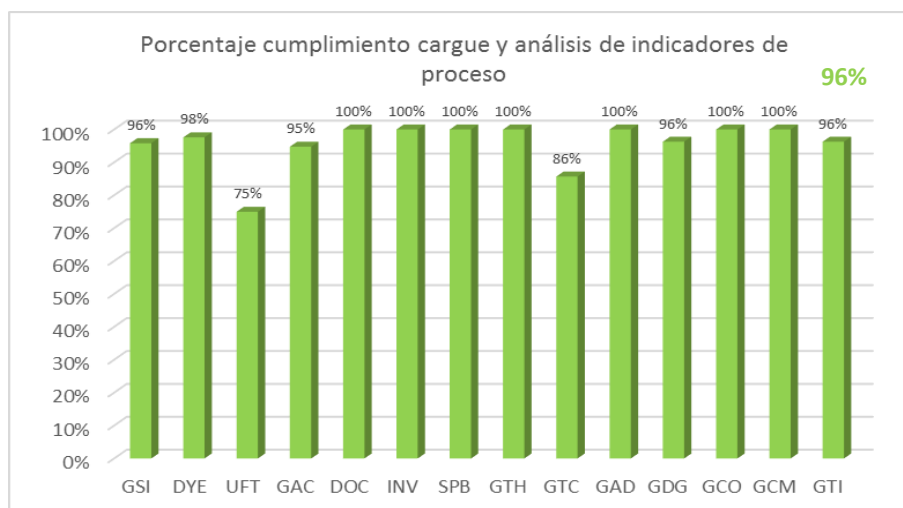
4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

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

- Proporción de riesgos tratados

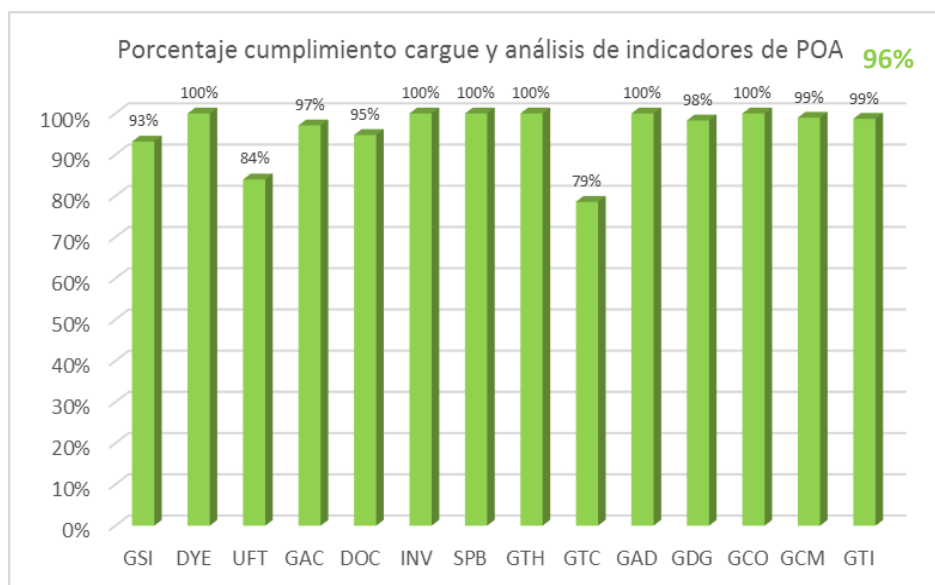


- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

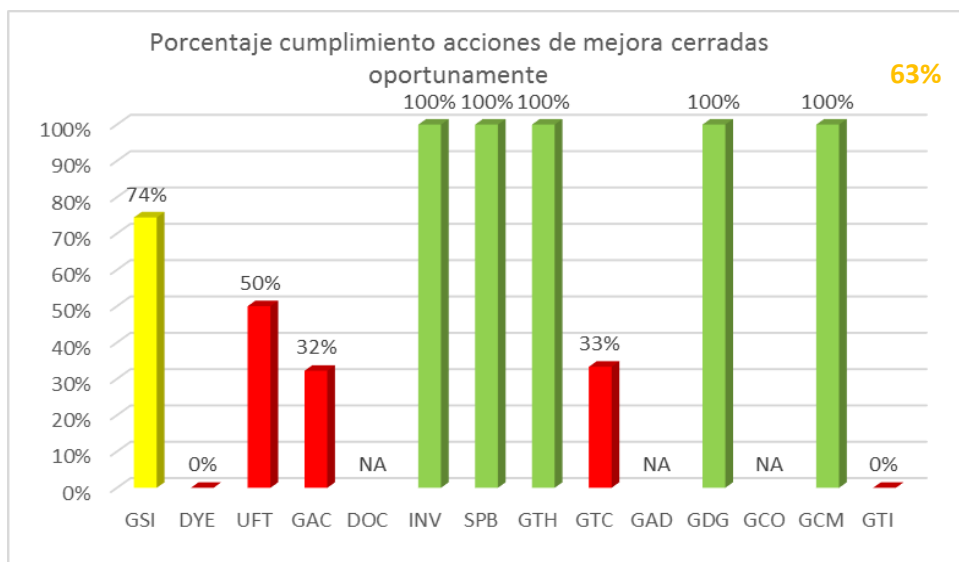


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 29 de 30			

- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.

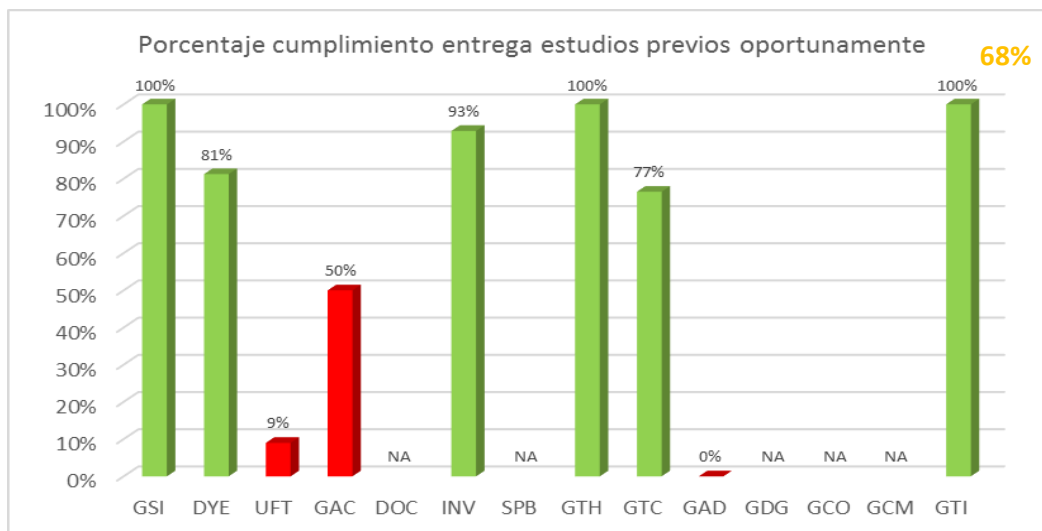


- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



	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



Giovana Guerrero

Elaborado por
Hedy Giovana Guerrero Correales
Técnico Operativo

Aprobado por

Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas