

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 1 de 16			

Fecha del Informe:	28/11/2019
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III trimestre 2019
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; 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.

Se estructura desde los compromisos que se programan de forma provisional para lograr las metas y objetivos institucionales; es de aclarar, que una vez se tenga el Plan de Desarrollo Institucional 2019—2022 los Planes Operativos Anuales serán ajustados teniendo en cuenta los nuevos lineamientos.

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 de los resultados 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 consolida el análisis de los resultados en el formato en Excel de programación y seguimiento del POA, dejando evidencia de los resultados registrados en el SIAPINCIV.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
Página 2 de 16			

2. RESULTADOS

Nivel de desempeño

14 Procesos		Insuficiente 0-59%	Satisfactorio 60-74%	Avanzado 75-100%
	Gestión del sistema de desempeño institucional			80%
	Diagnóstico y estadificación			89%
	Unidades funcionales de tratamiento		62%	
	Gestión de apoyo clínico		68%	
	Docencia			89%
	Investigación			82%
	Salud pública			100%
	Gestión y desarrollo del talento humano			80%
	Gestión de Tecnología e Infraestructura	57%		
	Gestión de archivo y documental			96%
	Gestión del gasto		69%	
	Gestión contable			93%
	Gestión comercial y del ingreso			94%
	Gestión de la tecnología			92%
Puntaje promedio INC				82%

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 82% en los planes operativos anuales.

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

1. PROCESOS MISIONALES

1.1 Gestión de Apoyo Clínico

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%:

Avanzado

- ✓ 77% Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (77,14%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 88% Proporción de riesgos tratados en el INC. (87,5%). Min. 70% Est. 80% Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 3 de 16	

- ✓ 91% Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales. (90,98%). Min. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 91% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales. (91,48%). Min. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 96% Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes. (96,1%). Min. 85% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Términos de referencia con requerimientos nuevos desarrollos SIAI. Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización. (66,6%). Meta 50%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares. (100%)
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos. (100%)
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol.
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI. (100%). Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI.

Insuficiente

- ✗ 40% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GSI. (40%). Min. 70% Est. 85% Máx. 100%
- ✗ 50% Porcentaje de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente. (50%). Meta: 100%
- ✗ 51% Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos. (51%). Min. 70% Est. 85% Máx. 100%

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Plan de Comunicaciones elaborado y aprobado

1.2 Diagnóstico y estadificación

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 89%:

Avanzado

- ✓ 88% Porcentaje de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. (88,2%). Meta. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (95,8%). Meta. 100%
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (96,9%). Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la toma del PET. (8,35 días). Mín. 5 días Est. 10días Máx. 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (1,91 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología. (2,34). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio. (9,67 minutos). Meta. Mín. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC. (6,33 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Porcentaje de i-131(Yodo) Estimada vertida al alcantarillado. (74,7%). Min. 0.0% Est. 0,011% Max.

	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 16	

- ✓ 73,72%
- ✓ 100% Fallas relacionadas con el uso de reactivos de diagnóstico-Reactivo vigilancia (Incidentes y Eventos). (0,33) Min. 0 Est. 3 Max. 6
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE Proporción de riesgos tratados del proceso. DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de actividades gestionadas del programa de Reactivo vigilancia. (91%). Min. 70% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana). (14,99 días). Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (12,45 días). Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- ✗ 56% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de DYE. (30%). Meta. 100%

1.3 Unidades funcionales de tratamiento

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 62%:

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (90,81%). Min. 70% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Medición de línea base del indicador de proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad.
- ✓ 79% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos. (78,76%). Min. 75% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 80% Informe de diagnóstico de los programas existentes de soporte oncológico (0,8). Meta. 1
- ✓ 83% Informe de actualización de los costos de las cirugías de alta complejidad. 6 tipos de cirugía.
- ✓ 84% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (84,09%). Meta. 100%
- ✓ 93% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (83,95%). Min. 75% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado. (42,28). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Proporción de cancelación de cirugía programada. (7,15%). Min. 0% Est. 5% Max. 12%

Satisfactorio

- 67% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (66,67%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad requerida de asignación de citas para consulta médica especializada de primera vez (desde la fecha requerida hasta que asignan la cita). (11 días). Min 2 días Est. 5 días Máx. 8 días
- ✗ 0% Índice Global de Infecciones. (10,75). Min. 6 Est. 7 Max. 8
- ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación. (29 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento radioterapia desde la estadificación (Mediana). (29 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:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 16	

- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento en cirugía desde la estadificación (Mediana). (34 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✖ 40% Documento de estrategias de reorganización y articulación del soporte oncológico como componente del modelo de atención integral. (0,4). Meta. 1
- ✖ 41% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de UFT. (41,27%). Meta. 100%
- ✖ 54% Porcentaje de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (54%). Meta. 100%

No aplica para el periodo

- Oportunidad requerida (deseada) en días, de asignación de citas para consulta médica especializada de control durante el tratamiento. La subdirección mantiene el indicador de consulta control normativo.
- Oportunidad requerida (Deseada) en días, de asignación de citas para consulta médica especializada de control seguimiento y superviviente. Se abrió la consulta para seno, oncología, urología y endocrinología.

No se han creado en SIAPINC ya que no se ha definido el tema del agendamiento para sacar el dato del indicador.

1.4 Gestión apoyo clínico

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 68%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa al servicio de hospitalización. (75,07%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de pacientes captados por el programa plan de egreso. (83,32%). Min. 75% Est. 85% Max. 100%
- ✓ 87% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC. (86,66%). Meta. 100%
- ✓ 90% Índice de Productividad de Quimioterapia 24/7 (Giro Silla). (1,8). Meta. 2
- ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (94,36%). Meta. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (98,18%). Meta. 100%
- ✓ 100% Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado. (42,28). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA-Triage II. (26,24 min). Mín. 20 min Est. 30 min Máx. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia (Días) desde la estadificación (mediana). (14,33 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas. (13,68%). Min. 10% Est. 15% Max. 20%
- ✓ 100% Índice de sospechas de reacciones adversas a medicamentos reportadas. (1,08). Min. 1 Est. 2 Max. 3
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (90,81%). Min. 70% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del proyecto enfermería programa de comunicación para duelo. (78,68%). Meta. 50%

Satisfactorio

- 63% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (62,50%).

	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 16	

Meta. 100%

Insuficiente

- ✖ 0% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (65,24 horas). Meta. <=48 horas
- ✖ 11% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GAC. (11,11%). Meta. 100%

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Porcentaje de gestión eficiente de pacientes con estancia prolongadas hospitalización.
- ✖ 0% Porcentaje de gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA
- ✖ 0% Tiempo de espera de traslado del paciente de UCI adulto a Hospitalización.

1.5 Docencia

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 89%:

Avanzado

- ✓ 82% Porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada. (82,35%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas. (95,36%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC. (96%). Meta. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (98,30%). Meta. 100%
- ✓ 99% Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios. (99,21%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de 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. (8,34 días). Meta. <=15 días
- ✓ 100% Relación estudiante docente. (1,46). Meta. <=7
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Informe con resultados de evaluación docente del período. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC. (100%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✖ 0% Porcentaje de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente.

1.3 Investigación

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 82%:

Avanzado

- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. (95,83%). Meta. 100%
- ✓ 100% Documento diagnóstico de la situación actual del proceso. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética. Meta.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 7 de 16	

- Realizar las mediciones para establecer línea base.
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. Meta. Realizar las mediciones para establecer línea base
- ✓ 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%

Insuficiente

- ✗ 0% Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (0%). Meta. 100%

1.4 Salud pública

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Avanzado

- ✓ 100% Proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Tasas de supervivencia institucional. (2). Meta. 1 informe de estimaciones de la supervivencia de cáncer para las localizaciones de mama, cuello uterino, próstata, estómago y colon-recto año 2015.
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un (1) taller anual. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de acciones de comunicación realizadas. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB. (100%). Meta. 100%

2. PROCESOS DE APOYO

2.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%:

Avanzado

- ✓ 60% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (5,98). Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 75% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES) de acuerdo con el cronograma. (75%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 80% Documento de revisión y estandarización de procedimiento de selección. (0,8). Meta. 1
- ✓ 80% Porcentaje de cumplimiento del plan de incentivos – individuales. (80%). Meta. 100%
- ✓ 87% Índice de severidad por accidente INC. (12,7). Min. 0 Est. 50 Max. 100

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 8 de 16	

- ✓ 92% Porcentaje de estudios previos del proceso GTH entregados oportunamente. (91,67%). Meta. 100%
- ✓ 94% Porcentaje de satisfacción de las actividades del plan de bienestar. (94,22%). Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento del subprograma de medicina preventiva. (94,44%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de ejecución del plan de bienestar. (95,24%). Meta. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de casos nuevos y antiguos de DME en Columna en el INC. (0,36%). Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✓ 96% índice de rotación externa de personal. (0,36). Min. 0,5 Est. 1 Max. 1,5
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento del subprograma de seguridad industrial. (97,43%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (96,73%). Meta. 100%
- ✓ 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% Implementación en SAP del seguimiento y control de la programación de vacaciones. (1). Meta. Capacitaciones a coordinadores.
- ✓ 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% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público de acuerdo con el cronograma. (100%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público. (100%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 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% 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. (100%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad. (100%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de bienestar. (92,81%). Meta. 80%
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios Administrados. Meta. Cronograma (29 julio, 28 agosto, 27 septiembre)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios - Nación. Meta. Cronograma (23 julio, 21 agosto, 20 septiembre)
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. Meta. Cronograma (24 julio, 26 agosto, 24 septiembre)
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del subprograma de higiene industrial. (100%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de ausentismo por causas definidas. (Medición línea base). Meta. Medición línea base
- ✓ 100% Informe de ausentismo laboral comparativo (2018-2019). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de estrategias de intervención para disminuir ausentismo. (64%). Meta. 60%
- ✓ 100% Índice de Lesiones Incapacitantes por accidente INC. (0,06). Min. 0 Est. 1 Max. 2
- ✓ 100% Porcentaje de accidentes investigados en el INC. (100%). Min. 0% Est. 80% Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 9 de 16	

- ✓ 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% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 67% Cronograma de actividades del plan de bienestar entregado a la coordinadora de GTH. (66,67%). Meta. 3

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (30 días promedio). Meta. 25 días después de radicada la factura.
- ✗ 0% Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). (60,67 días). Min. 50 días Est. 55 días Max. 60 días
- ✗ 0% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (80 días). Min. 50 días Est. 55 días Max. 60 días
- ✗ 0% Porcentaje de convocatorias desiertas. (50%). Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✗ 0% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GTH. (0%). Meta. 100%
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. Solo se cumplió con el cronograma establecido en el mes de septiembre (1/3). Meta. Cronograma (31 julio, 30 agosto, 30 septiembre)
- ✗ 34% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES). (33,61%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✗ 50% Porcentaje de casos nuevos y antiguos de DME en MMSS en el INC. (4,99%). Min. 0% Est. 5% Max. 10%

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas.

2.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 57%:

Avanzado

- ✓ 81% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA. (81,25%). Meta. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA. (82,78%). Meta. 100%
- ✓ 83% Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente. (83,33%). Meta. 100%
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación. (82,13%). Meta. 95%

	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 16	

- ✓ 93% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GHA. (93,15%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 97% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo. (5,09 días). Meta. <=5 días
- ✓ 100% Porcentaje de reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de gestión de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% PIGA actualizado. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Informes de cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PETAR. (5). Meta. 5
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento. (99,72%). Meta. >=90%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria). (99%). Meta. >=95%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección. (99,69%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia. (98,66%). Meta. 95%
- ✓ 100% Porcentaje de Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes. (96,53%). Min. 80% Est. 90% Max. 95%
- ✓ 100% Porcentaje de Satisfacción servicio de Lavandería. (99,41%). Min. 90% Est. 90% Max. 95%
- ✓ 100% Porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado. (0,18%). Min. 1% Est. 3% Max. 5%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo de equipos clínicos (biomédicos y relacionados). (99,64%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de parada sobre tiempo de uso. (6,77 días). Meta. <= 8 días
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GHA. (100%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 62% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC.
- 71% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC. (71,42%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo. (0). Meta. 1. Se envía correo electrónico, solicitando el documento soporte del indicador. A la fecha de cierre del seguimiento no se recibió respuesta.
 - ✗ 0% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos y sus relacionados. (9,62 días). Min. 3 Est. 6 Max. 8
 - ✗ 20% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC. Min. 90% Est. 95% Max. 100%
 - ✗ 21% Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos y sus relacionados. (15,54%). Meta. 75% acumulativo
 - ✗ 25% Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo. (22,53%). Meta. >=90%
 - ✗ 27% Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo. Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- No se realizó cargue retroactivo del indicador. 27% de cumplimiento, tomando julio y agosto como 0% de ejecución.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 11 de 16	

- ✖ 33% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento de la infraestructura). No se realizó cargue retroactivo del indicador. 33% de cumplimiento, tomando julio y agosto como 0% de ejecución.
- ✖ 33% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GHA. (33,33%). Meta. 100%
- ✖ 38% Oportunidad en la atención de solicitudes de mantenimiento correctivo. (4,11 horas). Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas
- ✖ 40% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC. (39,74%). Min. 90%. Est. 95%. Max. 100%
- ✖ 50% Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC. (50%). Meta. 100% del periodo

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas.
- ✖ 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% Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud.
- ✖ 0% Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud.
- ✖ 0% Porcentaje de adquisición de tecnologías incorporadas.
- ✖ 0% Diseño del esquema y plan de evaluación.
- ✖ 0% Porcentaje de especificaciones técnicas elaboradas.
- ✖ 0% Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados).
- ✖ 0% Plan de aseguramiento metrológico actualizado.

2.3 Gestión de archivo y documental

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%:

Avanzado

- ✓ 92% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD. (92,10%). Meta. Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de cobertura de las capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo. (95%). Meta. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel. (96,30%). Meta. 100%
- ✓ 100% Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Porcentaje de desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File) del periodo. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el préstamo documental - Archivo y Correspondencia. (0,83). Min. 1 Est. 2 Max. 3
- ✓ 100% Proporción de Historia Clínica Física Extraviada. (0). Min. 0 Est. 0,01 Max. 0,05
- ✓ 100% Documento Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA). (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 12 de 16	

- ✓ 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%

Insuficiente

- ✗ 58% Proporción de no conformidades en la correspondencia. (4,17). Min. 0 Est: 5 Max. 10

2.4 Gestión del gasto

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 69%:

Avanzado

- ✓ 85% Porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo. (76,41%). Meta. 90% acumulativo
- ✓ 85% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG. (84,61%). Meta. 100%
- ✓ 90% Porcentaje ejecución por concepto de ingreso. (71,84%). Meta. 90%
- ✓ 93% Proporción de Ítem presentados a comité. (83,94%). Meta. 90% acumulativo
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG. (98,27%). Meta. 100%
- ✓ 93% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG. (93,47%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Aporte de información para estructuración de APP. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios. (0%). Meta. <=5%
- ✓ 100% Reuniones realizadas (Informe o actas de reunión de austeridad). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución rendimiento financiero (acumulado). (104,55%). Meta. 60%
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación. (97,04%). Meta. 95%
- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados. (6,67 días). Meta. 20 días
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos revisados y gestionados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Documento de diseño de modalidad alianzas público-privadas para adquisición de bienes o servicios. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documento de diseño de modalidad de arriendo o alternativas de tecnologías en salud. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Propuesta de la implementación de centralización de almacén entregada y aprobada.
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 13 de 16	

Satisfactorio

- 67% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores. (15,55 días). Meta. <=15 días

Insuficiente

- ✖ 0% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones. (25 días). Meta. 15 días calendario
- ✖ 0% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública. (126,98 días). Mín. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días,
- ✖ 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar. (87,28 días). Mín. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días
- ✖ 22% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GDG. (22,22%). Meta. 100%
- ✖ 33% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa. (47,08 días). Mín. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días
- ✖ 40% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos). (33,78%). Meta. 85% acumulativo
- ✖ 45% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización. (21 días). Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✖ 52% Porcentaje de Ítem Adjudicados adicionales. (51,96%). Meta. 100%

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Documento diseño del plan de austeridad y eficiencia. Meta. 1
- ✖ 0% Porcentaje de ejecución del plan de austeridad y eficiencia institucional. Meta. 100%
- ✖ 0% Documento de diseño del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual

2.5 Gestión contable

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del “ %:

Avanzado

- ✓ 85% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO. (84,61%). Meta. 100%
- ✓ 91% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO. (90,90%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje del costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso. (68,91%). Meta. <=80%
- ✓ 100% Informe de conciliación de costos del INC. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Informe analítico de costos del INC. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de informes contables generados. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de informes entregados a contabilidad para cierre. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de declaraciones presentadas. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Informes generados de análisis de cuentas relevantes de los estados financieros. (1).
- ✓ 100% Porcentaje de mesas de trabajo realizadas de acuerdo con los informes presentados por la revisoría fiscal. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección

	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 16	

- administrativa. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO. (100%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✗ 0 33% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCO. (33,3%). Meta. 100%

2.6 Gestión comercial y del ingreso

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 80% Documento plan de intervención de objeciones y glosas. (0,85). El documento se encuentra pendiente de firma. Meta. 1
- ✓ 88% Porcentaje de conciliación de glosa. (70,40%). Meta. $\geq 80\%$
- ✓ 89% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCI. (89,02%). Meta. 100%
- ✓ 95% Porcentaje de ejecución del plan de ventas institucional. (71,08%). Meta. 75%
- ✓ 96% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo. (95,69%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación. (99,04%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias. (2,96 días). Meta. ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria. (0,67 días). Meta. ≤ 1 día
- ✓ 100% Documento plan de ventas institucional. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Anteproyecto Plan de ventas 2020. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de contratos perfeccionados. (120,15%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de contratos liquidados. (100%). Meta. 95%
- ✓ 100% Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Informe de ranking de las entidades contratadas. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo. (105,71%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo. (100,5%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de depuración la cartera (2019-2022). (32,26%). Meta. 12,5%
- ✓ 100% Plan integral a la cartera actualizado. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan integral a la cartera. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de la factura electrónica recibida y emitida. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje mensual de cumplimiento de las metas de radicación de facturación. (96,91%). Meta. ≥ 95
- ✓ 100% Porcentaje de gestión de autorizaciones. (100%). Meta. 100%.
- ✓ 100% Porcentaje de Glosa Definitiva. (0,02%). Meta. $\leq 3\%$
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa. (1,93 días). Meta. ≤ 5 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 15 de 16	

- ✓ 100% Porcentaje de Glosa inicial. (18,82%). Min. 8% Est. 10% Max. 12%
- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCI. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCI. (100%). Meta. 100%

Insuficiente:

- ✗ 25% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCI. (25%). Meta. 100%
- ✗ 29% Porcentaje de glosa respondida dentro de términos. (28,72%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

2.7 Gestión de la tecnología

Para el tercer trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:

Avanzado

- ✓ 80% Porcentaje de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente. (80%). Meta. 100%
- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE. (91,17%). Meta. 100%
- ✓ 92% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTE. (91,66%). Meta. 100%
- ✓ 92% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTE. (92%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE I.
- ✓ 99% Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda. (89,47%). Min. 70% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE. (98,78%). Meta. 100%
- ✓ 100% Documento PETI actualizado. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo con el cronograma del periodo. (60,71%). Meta. 50% acumulativo
- ✓ 100% Cronograma de Plan de AE Actualizado. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Actualizar Documento plan de la seguridad y privacidad de la información. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de eventos relacionados con seguridad de la información cerrados. (96,29%). Meta. >=80%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24). (99,86%). Meta. >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24). (99,59%). Min. 90% Est. 98% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP. (99,51%). Min. 90% Est. 98% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos. (99,78%). Min. 93% Est. 96% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo. (100%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información. (100%). Min. 70% Est. 80% Max. 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 16 de 16	

- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP. (683,33 milisegundos). Meta. <=1500 milisegundos
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios de telefonía. (100%). Meta. >=99%

Satisfactorio

- 66% Porcentaje de implementación del plan de arquitectura empresarial FASE I. (49,26%). Meta. 75%

Insuficiente:

- ✖ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GTE. (50%). Meta. 100%
- ✖ 53% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas del proyecto de sistematización integral. (53%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%

Elaborado por Dairys Yulieth Barrios Bonilla Profesional Universitario	Aprobado por Adriana Patricia Hernández Baquero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
---	--