

	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 24			

Fecha del Informe:	27/01/2020
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV 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.

1. METODOLOGÍA

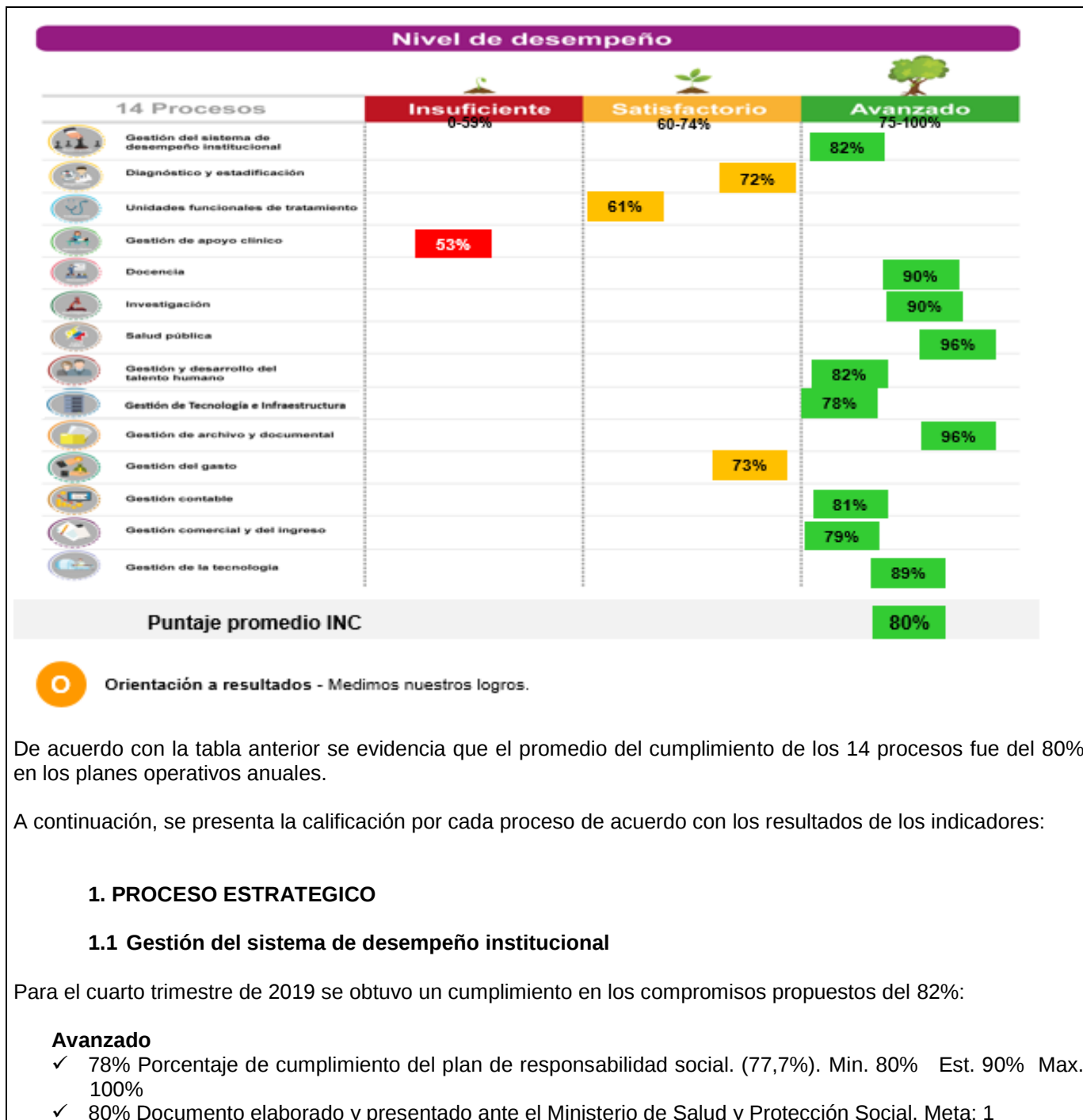
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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	

2. RESULTADOS

	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 24			



	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 24	

- ✓ 83% Porcentaje en el nivel de uso de canales de comunicación. (83,1%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 87% Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG). (74%). Meta. >= 85%
- ✓ 87% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI. (86,9%). Min. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI. (87,8%). Meta: 100%
- ✓ 90% Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos. (90,3%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI. (89,96%). Meta: 100%
- ✓ 91% Promedio de calificación de autoevaluación del estándar de mejoramiento. (3,2). Meta: >=3,5
- ✓ 92% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG). (73,5). Meta: >=80
- ✓ 92% Porcentaje de adherencia a Guía de Practica Clínica (GPC). (92,07%). Meta: >=80%
- ✓ 94% Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad. (93,5%)
- ✓ 96% Porcentaje de implementación del sistema de gestión basado en riesgos. Meta: 100%
- ✓ 96% Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes. (95,8%). Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 97% Promedio de calificación de autoevaluación de los estándares de acreditación institucional. (3,4). Meta: >=3,5
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI. (99,3%). Meta: 100%
- ✓ 100% Plan de gestión de control interno disciplinario presentado y aprobado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Promedio de calificación de autoevaluación del estándar de direccionamiento. (3,5). Meta: >=3,5
- ✓ 100% Promedio de calificación de autoevaluación del estándar de gerencia. (3,6). Meta: >=3,5
- ✓ 100% Promedio de calificación de autoevaluación del estándar de gerencia de la información. (3,6). Meta: >=3,5
- ✓ 100% Documento con la definición de los requisitos de habilitación para servicios oncológicos resultado de las mesas de trabajo. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares. Meta: 100%
- ✓ 100% Promedio de figuración general en medios de comunicación. (80). Meta: >=63 menciones
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas. (99,7%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos. (100%). Min. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de cooperación. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención. (100%). Min 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Plan de producción y ventas institucional. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Propuesta de la nueva estructura de la página web. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI. (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 4 de 24	

- ✓ 100% Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI. (100%). Meta: 100%

Satisfactorio

- 69% Planes, programas, y proyectos actualizados. (68,9%). Meta: 100%
- 70% Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado. (0,7). Meta: 1
- 70% Ahorro en prensa gratis 30% más que el año inmediatamente anterior. (\$10.636.654.500). Meta: $\geq 30\%$ que el año inmediatamente anterior
- 70% Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (70,23%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- 70% Proporción de riesgos tratados en el INC. (70,3%). Min. 70% Est. 80% Max. 100%
- 73% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización. (73,3%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✗ 25% Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales. (1). Meta: 4
- ✗ 40% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GSI. (39,9%). Meta: 100%
- ✗ 0% Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes. Meta: 1

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Procedimiento de sistema de información institucional.
- ✗ 0% Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 72%:

Avanzado

- ✓ 78% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (78,2%). Meta: 100%
- ✓ 79% Porcentaje de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. (78,5%). Meta: 100%
- ✓ 81% Proporción de riesgos tratados del proceso DYE. (81,3%). Meta: 100%
- ✓ 86% Porcentaje de actividades gestionadas del programa de Reactivovigilancia. (85,7%). Min. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 87% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE. (86,5%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (90,7%). Meta: 100%
- ✓ 95% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE. (95,1%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de requisitos de certificación en BPER. (95,7%). Min. 0% Est. 40% Max. 100%
- ✓ 100% Fallas relacionadas con el uso de reactivos de diagnóstico-Reactivovigilancia (Incidentes y Eventos). (0). Min. 0 Est. 3 Max. 6

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 24	

- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia (horizonte del proyecto). (37,2%). Meta: 20%
- ✓ 100% Informe de la nueva molécula desarrollada entregado a la Subdirección Médica. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana). (7,33 días). Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC.(6,67 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio. (10,1 días). Mín. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (1,97 días). Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología. (2,36 días).Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE. (1). Meta: 1

Satisfactorio

- 67% Porcentaje de i-131(Yodo) Estimada vertida al alcantarillado. Min. 0.0% Est. 0,011% Max. 73,72%
- 73% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (73,3%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Porcentaje de implementación del sistema de gestión de residuos radioactivos líquidos. Min. 70% Est. 90% Max. 100%
- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (38,4 días). Mín. 5 días Est. 10días Máx. 15días
- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (14,3 días). Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente. Meta: >=3,4
- ✗ 0% Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que aplican al proceso DYE. Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✗ 0% Artículo: Publicación en una revista nacional y/o internacional relacionada con impacto ambiental y/o protección radiológica.
- ✗ 0% Ficha proyecto de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos aprobada.

2.2 Unidades funcionales de tratamiento

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 61%:

Avanzado

- ✓ 77% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer. (76,74%). Meta: 100%
- ✓ 78% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT. (77,5%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 81% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (81,3%).

	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 24	

Meta: 100%

- ✓ 82% Proporción de riesgos tratados del proceso UFT. (82,3%). Meta: 100%
- ✓ 83% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT. (82,6%). Meta: 100%
- ✓ 85% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (76,2%). Min. 75% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 88% Línea de base del Indicador Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (Línea base 87,7%).
- ✓ 91% Promedio de calificación de autoevaluación de los estándares de estándares del proceso de atención al cliente asistencial (Pacas) . (3,2). Meta: >=3,5
- ✓ 91% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT. (91,4%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad requerida (deseada) de asignación de citas para consulta médica especializada de primera Vez (desde la fecha requerida hasta que asignan la cita). (2,37 días). Mín. 2 días Est. 5 días Máx. 8 días
- ✓ 100% Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado. (37,08). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (91,5%). Min. 70% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Porcentaje de estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica. (83,2%). Meta: >=80%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del proyecto Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (horizonte del proyecto). (31,7%). Meta: 20%
- ✓ 100% Línea base del indicador Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas. (Línea base 16%)
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,32). Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✓ 100% Proporción de cancelación de cirugía programada. (5,7%). Min. 0% Est. 5% Max. 12%
- ✓ 100% Proyecto de cirugía ambulatoria diseñado, presentado, aprobado y articulado con APIC. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Diseñar el documento de mieloma múltiple para clínicas de excelencia. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica. (92,07%). Meta: >=80%
- ✓ 100% Informe paciente trazador. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT. (1). Meta: 1

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

Satisfactorio

- 72% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos. (72,3%). Min. 75% Est. 95% Max. 100%
- 73% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (73,3%). Meta: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 7 de 24	

Insuficiente

- ✖ 25% Rutas de atención por cada servicio (pediatría, cuidado paliativo, oncología clínica y hemato oncología). (2). Meta:8
- ✖ 32% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de UFT. (31,6%). Meta: 100%
- ✖ 40% Documento Curso de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico. (0,4). Meta: 1
- ✖ 43% Documento consenso de medicina perioperatoria. (43,3%). (3 documentos, uno al 100% y dos al 15% de avance)
- ✖ 10% Documento técnico con la descripción de aspectos de efectividad, seguridad y costos de la cirugía asistida por robot. (0,1). Meta: 1
- ✖ 10% Documento Curso para manejo de enfermería del paciente hematológico. (0,1). Meta: 1
- ✖ 0% Índice Global de Infecciones. (9,92). Min. 6 Est. 7 Max. 8
- ✖ 0% Proyecto de unidad de clínicas endoscópicas presentado y aprobado. Meta: 1
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación. (37,6 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento radioterapia desde la estadificación (Mediana). (44 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento en cirugía desde la estadificación (Mediana). (43,3 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente.
- ✖ 0% Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que aplican al proceso UFT
- ✖ 0% Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS. Meta: >=375
- ✖ 0% Protocolo técnica TBI aprobado. Meta: 1
- ✖ 0% Documento del programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá presentado y aprobado. Meta: 1
- ✖ 0% Documento de diseño del programa para la evaluación de calidad de vida, en cinco (5) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo.

2.3 Gestión de Apoyo Clínico

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 53%:

Avanzado

- ✓ 77% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer. (76,74%). Meta: 100%
- ✓ 86% Porcentaje de pacientes captados por el programa plan de egreso. (86,2%). Min. 75% Est. 85% Max. 100%
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (88,3%). Meta: 100%
- ✓ 88% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC. (88,1%). Meta: 100%
- ✓ 91% Promedio de calificación de autoevaluación de los estándares de estándares del proceso de

	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 24	

- ✓ atención al cliente asistencial (Pacas). (3,2). Meta: $\geq 3,5$
- ✓ 93% Productividad de Quimioterapia 24/7 (Giro Silla). (1,87). Meta: 2
- ✓ 100% Índice de sospechas de reacciones adversas a medicamentos reportadas. (0,81). Min. 1 Est. 2 Max. 3
- ✓ 100% Tasa de evento adverso de paciente hospitalizado. (37,08). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (91,5%). Min. 70% Est. 80% Max. 90%
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA-Triage II. (22,9 minutos). Mín. 20 min Est. 30 min Máx. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (41,7 horas). Meta: ≤ 48 horas
- ✓ 100% Tiempo de espera de traslado del paciente de UCI adulto a Hospitalización. (0,84 horas). Min. 24 horas Est. 48 horas Max. 72 horas
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC. (1). Meta: 1

Satisfactorio

- 62% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (61,9%). Meta: 100%
- 68% Porcentaje de Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa al servicio de hospitalización. (67,6%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- 73% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC. (73,2%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- 74% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (73,7%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✗ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GAC. (50%). Meta: 100%
- ✗ 50% Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (50%). Meta: 100%
- ✗ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia (Días) desde la estadificación (mediana). (31,7 días). Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✗ 0% Proporción de remisiones no utilizadas. (24%). Min: 10% Est: 15% Max: 20%
- ✗ 0% Proporción de riesgos tratados del proceso GAC. (0%). Meta: 100%

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente. Meta: $\geq 3,4$
- ✗ 0% Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que aplican al proceso GAC. Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✗ 0% Porcentaje de implementación del proyecto enfermería programa de comunicación para duelo. Meta: 80%
- ✗ 0% Porcentaje de impacto en la socialización de derechos y deberes. Meta: 60%
- ✗ 0% Modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) revisado. Meta: 1
- ✗ 0% Documento del modelo del centro de gestión integral al paciente aprobado y socializado. Meta: 1
- ✗ 0% Documento del diseño del modelo integral de central de citas aprobado. Meta: 1
- ✗ 0% Documento del diseño del modelo integral de central de citas socializado. Meta: 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 9 de 24	

- ✖ 0% Porcentaje de gestión eficiente de pacientes con estancia prolongadas hospitalización.
- ✖ 0% Porcentaje de gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA.

2.4 Docencia

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Avanzado

- ✓ 87% Porcentaje de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado. (86,6%). Meta: 100%
- ✓ 88% Porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada. (87,5%). Min 80% Est 90% Max 100%
- ✓ 88% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC. (88,3%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 90% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC. (90%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 94% Porcentaje de ejecución comités docencia servicio. (93,7%). Meta: 100%
- ✓ 96% Porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas. Min 80% Est 90% Max 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC. (97,6%). Meta: 100%
- ✓ 99% Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios. (98,6%). Min 90% Est 95% Max 100%
- ✓ 100% Porcentaje de procedimientos de docencia actualizados y medidos en la línea de los principios institucionales BOTOSS. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Informe de autoevaluación del INC como escenario de práctica. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Informe de visita presentado en comité de Calidad . (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de inducción para estudiantes del INC. (100%). Min. 80% Est 90% Max. 100%
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC. (82). Meta: >=50
- ✓ 100% Oportunidad en el envío de las calificaciones de los estudiantes. (8,59). Meta: <=15
- ✓ 100% Relación estudiante docente. (1,9). Meta: <=7
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso DOC. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de docentes con reconocimiento docente de la IES. (60,9%). Meta: 25%
- ✓ 100% Porcentaje de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria. (11,6%). Meta: 7,5%
- ✓ 100% Porcentaje de docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual. (37,5%). Meta: 25%
- ✓ 100% Porcentaje docentes de planta del INC con clasificación docente. (33%). Meta: 20%
- ✓ 100% Porcentaje de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados calidad educativa. (16,5%). Meta: 10%
- ✓ 100% Documento Plan de Desarrollo Docente aprobado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Informe con resultados de evaluación docente del período. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de servicios asistenciales con informe de capacidad instalada para la oferta docente. (100%). Meta: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 10 de 24	

- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar para el personal en formación del INC. (25%). Meta: 23
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC. (1). Meta: 1

Insuficiente

- ✗ 0% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de DOC. (0%). Meta: 100%
- ✗ 50% Resolución Política de Docencia. (0,5). Meta: 1

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Documento con la información exigida por Hospital Universitario. Meta: 1

2.5 Investigación

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Avanzado

- ✓ 84% Porcentaje de proyectos que cumplen con las actividades del cronograma. (83,8%). Meta: 100%
- ✓ 84% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV. (83,8%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 86% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV. (86,4%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 90% Proceso de investigación institucional actualizado y publicado. (0,9). Meta: 1
- ✓ 95% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. (95%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios de investigación cerrados. (64,1%). Meta: 58%
- ✓ 100% Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Línea base de la Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética. (Línea base 55,84 días.). Meta: medición de la línea de base
- ✓ 100% Estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación técnico científica de los proyectos de investigación (2019). (1). Meta: 1
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. (Línea base 263,7 días). Meta: medición de la línea de base
- ✓ 100% Definir estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (2019). (1). Meta: 1
- ✓ 100% Lograr la indexación en Publindex de la Revista Colombiana de Cancerología. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Publicación en la revista colombiana de cancerología, de los resúmenes de las jornadas de investigación realizadas. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Informe de resúmenes sometidos a las jornadas de investigación realizadas. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Perfil de idea presentado en SWOG. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Proyectos nuevos con la red de investigación internacional (SWOG). (4). Meta: 1
- ✓ 100% Número de proyectos de investigación o de transferencia de conocimiento por cada tiempo completo dedicado a la investigación que contribuya al fortalecimiento de las líneas de investigación.(9). Meta: 7
- ✓ 100% Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 11 de 24	

- institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IIB a IV). (8). Meta: 4
- ✓ 100% Número de ponencias en eventos científicos. (81). Meta: 40
 - ✓ 100% Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre. (5,49 meses). Meta: < = 18 meses
 - ✓ 100% Variación porcentual de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación. (10,7%). Meta: 10% incremento anual respecto a vigencia anterior
 - ✓ 100% Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas. (5). Meta: >=3
 - ✓ 100% Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC. (Línea base 3,22). Meta: medición de la línea de base
 - ✓ 100% Factor de impacto en integración del conocimiento (Medido Google Scholar). (3,64). Meta: >=3
 - ✓ 100% Resultado de la clasificación de los grupos de investigación en el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). (1). Meta: 1
 - ✓ 100% Número de grupos nuevos de investigación en el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). (4). Meta: 2
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV. (1). Meta: 1
 - ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso INV. (100%). Meta: 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV. (100%). Meta: 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (100%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✗ 44% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones. (0,87). Meta: 2
- ✗ 29% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas de ISI, por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones. (0,29). Meta: 1
- ✗ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de INV. (50%). Meta: 100%
- ✗ 0% Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales. (-20,6%). Meta: 2,5%

2.6 Salud pública

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

Avanzado

- ✓ 75% Número de Guías de práctica clínica elaboradas. (1,5). Meta: 2
- ✓ 84% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB. (83,5%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB. (95,8%). Meta: 100%
- ✓ 98% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB. (98,07%). 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 12 de 24	

- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. (98,8%). Meta: 100%
- ✓ 100% Proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Estrategias para la cesación del consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos (políticas y movilización social). (1). Meta: 1
- ✓ 100% Documento con las fuentes de información y metodología para atlas de cáncer ocupacional identificadas. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Diseño metodológico del observatorio epidemiológico de cáncer de Colombia. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas. (2). Meta: 2
- ✓ 100% Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados. (4). Meta: 4
- ✓ 100% Documento de estudio sobre demanda y oferta de recurso humano en oncología. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Documento de la Propuesta del modelo estructural de la Red de Instituciones Oncológicas Publicas para el Control del Cáncer. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Número de convenios de registros poblacionales vigentes. (4). Meta: 4
- ✓ 100% Tasas de supervivencia institucional. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Anuario estadístico 2017 sometido. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Infocancer con información anual actualizada. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Información estado clínico con 80% de los casos al diagnóstico en el INC. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Modelo de cuidado paliativo revisado y actualizado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Boletín de seguimiento a servicios oncológicos enfocado a la Líneas Estratégicas del PDCC 2012 - 2021 relacionadas con servicios oncológicos. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa. (2). Meta: 2
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación. (2). Meta: 2
- ✓ 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% Porcentaje de perfiles de los profesionales pertinentes al tema del curso capacitados. (100%). Meta: 75%
- ✓ 100% Número de médicos generales, internos y enfermeras capacitados. (Línea de base: 355 enfermeros y 351 médicos capacitados). Meta: medición de línea de base
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB. 81). Meta: 1
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados del proceso SPB. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente. (100%). Meta: 100%

Insuficiente

- * 50% Diseño de programa institucional de teleoncología aprobado. (0,5). Meta: 1

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 13 de 24	

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES) de acuerdo al cronograma. (75%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 82% Porcentaje de personal con seguimiento a las recomendaciones de enfermedad laboral. (81,96%). Meta: 100%
- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público de acuerdo al cronograma. (83,3%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 86% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTH. (85,7%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 91% Porcentaje de ejecución de estrategias de intervención para disminuir ausentismo. (91%). Meta: 100%
- ✓ 91% Calificación del estándar de talento humano. (3,2). Meta: $\geq 3,5$
- ✓ 91% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (4,76). Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 91% Índice de severidad por accidente INC. (8,59). Min. 0 Est. 50 Max. 100
- ✓ 91% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH. (90,9%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 93% Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. (93,1%). Meta: 100%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (92,8%). Meta: 100%
- ✓ 96% Porcentaje de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. (96,3%). Meta: 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen a talento humano. (98,2%). Meta: 100%
- ✓ 99% Porcentaje de satisfacción de las actividades del plan de bienestar. (98,5%). Min: 85% Est: 90% Max: 100%
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas. (1). Meta: 1
- ✓ 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 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 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% Informe de capacitación por funcionarios (variables tiempo, nómina, costo de la capacitación) entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de incentivos. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de bienestar entregado a la coordinadora de GTH. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de bienestar. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de bienestar. (98,7%). Meta: 80%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del subprograma de medicina preventiva. (100%). Min: 90% Est: 95% Max: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del subprograma de seguridad industrial. (100%). Min: 90% Est: 95% Max: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de inspecciones planeadas en el INC. (100%). Min. 90% Est. 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 14 de 24	

Max. 100%

- ✓ 100% Porcentaje de casos nuevos y antiguos de DME en Columna en el INC. (0,41%).
Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✓ 100% Términos de referencia en los contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Informe de auditoría a los socios estratégicos de los cuales que los coordinadores de GTH sean supervisores de contratos. (1). Meta: 1
- ✓ 100% índice de rotación externa de personal. (Línea base 0,25). Meta: medición de línea de base
- ✓ 100% Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Documento de resultado de la medición de clima y riesgo 2019 con base en las 4 principales causas identificadas, presentada a la coordinadora del grupo área TH. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Resultado del clima organizacional. (72,3). Meta: 68
- ✓ 100% Reducción de los resultados de clima organizacional. (3,66). Meta: 1 punto
- ✓ 100% Resultado de riesgo psicosocial. (57). Meta: 59
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios.
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado.
- ✓ 100% Porcentaje de registro de Historias Laborales. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). (50 días).
Mín.50 Est. 55 Max. 60
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (46,7 días).
Mín.50 Est. 55 Max. 60
- ✓ 100% Reducción en el resultado de riesgo psicosocial. (4). Meta: 1 punto
- ✓ 100% Porcentaje de ausentismo por causas definidas. (Línea base 3,72). Meta: medición de línea de base
- ✓ 100% Informe de ausentismo laboral comparativo (2018-2019) . (1). Meta: 1
- ✓ 100% Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC. (5,3). Meta: 7,95
- ✓ 100% Diferencia en el índice frecuencia de accidentalidad institucional. (2,73). Meta: 0,15
- ✓ 100% Índice de Lesiones Incapacitantes por accidente INC. (0,03). Min. 0 Est. 1 Max. 2
- ✓ 100% Porcentaje de accidentes investigados en el INC. (100%). Min. 0% Est. 80% Max. 100%
- ✓ 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% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%).
Meta: 100%

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (*Cumple con 2 de los 3 periodos programados).
- 67% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (*Cumple con 2 de los 3 periodos programados).
- 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios. (*Cumple con 2 de los 3 periodos programados).
- 67% Proporción de actos administrativos realizados. (67%). Meta: 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 15 de 24	

- 67% Proporción de Bonos pensionales tramitados. (*Cumple con 2 de los 3 periodos programados).
- 67% 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. (66,6%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- 67% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GTH. (66,6%). Meta: 100%
- 64% Porcentaje de estudios previos del proceso GTH entregados oportunamente. (64,4%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✖ 49% Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES) . (48,8%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✖ 50% Implementación en SAP del seguimiento y control de la programación de vacaciones. (1). Meta: Cargue de vacaciones por parte de los coordinadores e Informe de funciones de cruce de vacaciones.
- ✖ 50% Porcentaje de casos nuevos y antiguos de DME en MMSS en el INC. (4,9%). Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✖ 50% Porcentaje de ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional. (50%). Meta: 100%
- ✖ 0% Porcentaje de convocatorias desiertas. (33,6%). Min. 0% Est. 5% Max. 10%
- ✖ 0% Documento de procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC. (0). Meta: 1
- ✖ 0% Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales. (0). Meta: 1
- ✖ 0% Porcentaje de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas. Meta: >=80%
- ✖ 0% Índice de severidad. (48,23). Meta: 45,5
- ✖ 0% Diferencia en el índice de severidad de los accidentes. (aumentó 1,23). Meta: 1,5
- ✖ 0% Proporción de riesgos tratados del proceso GTH. (0%). Meta: 100%

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 78%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC. (75%). Meta: 100%
- ✓ 76% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GHA. (76,4%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 80% Porcentaje de cumplimiento de señalización integral e inclusiva en la fase III. (80%). Meta: 100%
- ✓ 80% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC. (80%). Min 90%. Est 95%. Max 100%
- ✓ 82% Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente. (81,8%). Meta: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 16 de 24	

- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC. (82,9%). Min 90%. Est 95%. Max 100%
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC. (88,2%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA. (90%). Meta: 100%
- ✓ 92% Porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metroológico. (91,9%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA. (91,9%). Meta: 100%
- ✓ 93% Porcentaje de Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes. (8,74%). Min. 80% Est. 90% Max. 95%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen a infraestructura. (92,7%). Meta: 100%
- ✓ 94% Proporción de riesgos Tratados del proceso GHA. (94,1%). Meta: 100%
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento del proyecto de suplencia de energía para el INC. (99%). Meta: 100%
- ✓ 99% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC. (98,5%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo de equipos clínicos (biomédicos y relacionados). (98,2%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 97% Porcentaje de satisfacción de los clientes internos frente a la gestión de ingeniería clínica y sus terceros. (96,6%). Meta: >=90%
- ✓ 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. (99,6%). Meta: >=90%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria). (99,3%). Meta: >=95%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección. (99,2%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia. (99%). Meta: 95%
- ✓ 100% Porcentaje de Satisfacción servicio de Lavandería. (99,3,%). Min. 90% Est. 90% Max. 95%
- ✓ 100% Porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado. (0,06). Min. 1% Est. 3% Max. 5%
- ✓ 100% Promedio de calificación de autoevaluación de los estándares de acreditación de ambiente físico. (3,7). Meta: >=3,5
- ✓ 100% Proporción de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de adquisición de tecnologías incorporadas. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Reducción del índice de obsolescencia. (17%). Meta: <=17%
- ✓ 100% Porcentaje de equipos biomédicos renovados. (100%). Min. 50% Est. 75% Max. 100%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento de la infraestructura). (3). Meta: 3
- ✓ 100% Informe diagnóstico preventivo de habilitación actualizado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan integral de accesibilidad. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de equipos biomédicos con contrato de mantenimiento vigente. (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 17 de 24	

- Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos y sus relacionados. (163%). Meta: 95%
- ✓ 100% Cumplimiento de gestión de análisis de incidencias y eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos. (100%). Min. 50% Est. 75% Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de parada sobre tiempo de uso. (1). Meta: <= 8 días
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen a dotación. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Promedio de calificación del estándar de gestión de la tecnología. (3,7). Meta: >=3,5
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GHA. (1). Meta: 1

Satisfactorio

- 67% Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo. (60,6%). Meta: >=90%
- 70% Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación. (66,63%). Meta: 95%
- 72% Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo. (71,9%). Min. 90% Est. 95% Max: 100%

Insuficiente

- ✗ 13% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GHA. (12,5%). Meta: 100%
- ✗ 16% Oportunidad en la atención de solicitudes de mantenimiento correctivo. (5,3 horas). Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas
- ✗ 50% Diagnostico de requerimientos de la implementación de las transacciones de SAP relacionadas con mantenimiento predictivo y preventivo.
- ✗ 50% Documento de diseño de modalidad de comodatos.
- ✗ 0% Reducción de consumo en las seis (6) tecnologías implementadas. (aumentó 5,23). Meta: 1% per cápita comparado con el año anterior.
- ✗ 0% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo. (6,64 días). Meta: <=5 días
- ✗ 0% Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP. (0). Meta: 3
- ✗ 0% Proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos y sus relacionados. (10,5 días). Min. 3 Est. 6 Max. 8
- 0% Informe diagnóstico de habilitación para dotación. (0). Meta: 1

No registra dato ni análisis

- 0% Número de licencias aprobadas de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad). Meta: 2

3.3 Gestión de archivo y documental

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

Avanzado

- ✓ 86% Porcentaje de cobertura de capacitaciones masivas de la plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documental. (86%). Meta: 100%=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 18 de 24	

- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel. (91,2%). Meta: 100%
- ✓ 95% Porcentaje de cumplimiento de las auditorías en archivos de gestión. (95,4%). Meta: 100%=22
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD. (98,1%). Meta: 100%
- ✓ 100% Número de boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura curso virtual de gestión documental. (18,8%). Meta: 5%
- ✓ 100% Porcentaje de desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File) (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación fase I de la estrategia de generación de documentos electrónicos. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de capacitaciones realizadas en el componente módulo gestión documental. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en la organización de archivos de gestión. (81,8%). Meta: 80%
- ✓ 100% Oportunidad en el préstamo documental - Archivo y Correspondencia. (1,13). Min. 1 Est. 2 Max. 3
- ✓ 100% Proporción de Historia Clínica Física Extraviada. (0). Min. 0 Est. 0,01 Max. 0,05
- ✓ 100% Porcentaje de avance de implementación del MGDA. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente estratégico (Plan institucional de archivos – PINAR, Programa de gestión documental – PGD, proyectos y políticas de eficiencia administrativa. (100%): Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente Administración de Archivos (control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y del talento humano, necesarios para la realización de los procesos de la gestión documental y el eficiente funcionamiento de los archivos)
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente documental procesos de la gestión documental). (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente tecnológico (Sistema de documentos electrónicos de archivo – SGDA). (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del MGDA en el componente cultural. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD. (1). Meta: 100%
- ✓ 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%

Satisfactorio

- 70% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD. (70%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 51% Proporción de no conformidades en la correspondencia. (4,9). Min. 0 Est. 5 Max. 10

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 19 de 24	

3.4 Gestión del gasto

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 73%:

Avanzado

- ✓ 75% Aporte de información para estructuración de APP. Meta: 1
- ✓ 83% Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización. (13,2 días). Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 89% Porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo. (89,1%). Meta: 100%
- ✓ 90% Porcentaje de ejecución rendimiento financiero (acumulado). (90,07%). Meta: 100%
- ✓ 90% Porcentaje de ejecución presupuestal (consolidado). (89,6%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 90% Porcentaje ejecución por concepto de gastos: funcionamiento. (90,2%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG. (89,8%). Meta: 100%
- ✓ 91% Porcentaje ejecución por concepto de ingreso. (86,01%). Meta: 95%
- ✓ 91% Proporción de Ítem presentados a comité. (90,8%). Meta: 100%
- ✓ 91% Porcentaje ejecución por concepto de gasto: operación comercial. (91,01%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 95% Procedimiento de importaciones institucional publicado. (1). Meta: 1
- ✓ 97% Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación. (91,9%). Meta: 95%
- ✓ 98% Porcentaje de pagos. (97,6%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de crecimiento presupuesto de inversión. (9,70%). Meta: IPC+1 punto anual
- ✓ 100% Porcentaje de ahorro estimado por austeridad y eficiencia. (0,57%). Meta: 0,2% del presupuesto total institucional.
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de austeridad y eficiencia institucional. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios. (0%). Meta: <=5%
- ✓ 100% Informe o actas de reunión de austeridad (financiera, almacén, contratos). (2). Meta: 2
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de la implementación de la centralización de almacén. (100%). Meta: 50%
- ✓ 100% Plan anual de necesidades inicial consolidado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Proyecto de presupuesto aprobado (incluye plan de necesidades). (100%). Meta: 1
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores. (15,55 días). Meta: <=15 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Un informe de plan anual de adquisiciones. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones. (12,6 días). Meta: 15 días calendario
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública. (20 días). Mín. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados. (11,3 días). Meta: 20 días
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos revisados y gestionados. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Documento de diseño de modelos de remuneración alternativa en investigación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Diseño de modelos de remuneración alternativa en áreas administrativas. (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 20 de 24	

- ✓ 100% Informe de viabilidad de conformación de un ente legal para la gestión de recursos externos diferentes a los administrados y nación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Mantener los modelos de productividad existentes (2019-2022). (5). Meta: 1
- ✓ 100% Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad). (1). Meta: >=1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG. (100%) Meta: 100%

Satisfactorio

- 67% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades. (2). Meta: 3
- 67% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa. (41,6 días). Mín. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días
- 72% Porcentaje de Ítem Adjudicados adicionales. (71,6%). Meta: 100%
- 74% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG. (74,4%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 51% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos). (51,2%). Meta: 100%
- ✗ 42% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GDG. (41,6%). Meta: 100%
- ✗ 29% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar. (58,3). Mín. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días
- ✗ 0% Porcentaje de cumplimiento del plan de austeridad (componente presupuestal). Meta: 100%
*Se solicita aclarar el dato ingresado en el indicador, pero no se recibe respuesta.
- ✗ 0% Promedio ponderado de la oportunidad en el proceso de contratación Institucional.
*Ajustes en la fuente de información SAP (piloto).
- ✗ 0% Porcentaje de implementación del procedimiento de importaciones institucional. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Porcentaje de cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos. . Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✗ 0% Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG. (0%). Meta: 100%

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas.
- ✗ 0% Proyecto de presupuesto aprobado (incluye plan de necesidades)
- ✗ 0% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios. (Reporta la información con corte al tercer trimestre). Meta: 1
- ✗ 0% Porcentaje de implementación de automatización de flujo de documentos en el procedimiento de gestión contractual y de compras. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Porcentaje ejecución por concepto de gasto: inversión. Min. 90% Est. 95% Max. 100%

3.5 Gestión contable

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 81%:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 21 de 24	

Avanzado

- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO. (92,74%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje del costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso. (72,4%). Meta: <=80%
- ✓ 100% Informe de conciliación de costos del INC. (2). * El informe de diciembre de acuerdo con el análisis se realiza una vez se realice el cierre contable. Meta: 3
- ✓ 100% Informe analítico de costos del INC. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Capital de trabajo en pesos. Min. \$24000.00 Est. \$63805.00 Max. \$90000.00
- ✓ 100% Utilidad Operacional. (21,9%). Min. 0% Est. 3% Max. 5%
- ✓ 100% Razón corriente. (6,33%). Min. 2.5% Est. 5.0% Max. 10%
- ✓ 100% Rotación de cartera de la Vigencia. (1,24 días). Min. 1.50 días Est. 2.55 días Máx. 4.0 días
- ✓ 100% Utilidad neta del INC. (8,54%). Meta: >=8%
- ✓ 100% Informes generados de análisis de cuentas relevantes de los estados financieros. (2).
- ✓ 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% Porcentaje de mesas de trabajo realizadas de acuerdo a los informes presentados por la revisoría fiscal. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Número de reuniones realizadas con la participación de revisoría fiscal y la subdirección administrativa. (3). Meta: 3
- ✓ 100% Porcentaje de verificación de inventarios del Instituto. (100%). Meta: >=85%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO. (100%). Meta: 100%

Insuficiente

- ✗ 45% Endeudamiento Total. (6,7%). Min. 5.0% Est. 5.81% Max. 15%
- ✗ 21% Variación de las ventas netas. (2,05%). Min. 5.09% Est. 7.05% Max. 10%
- ✗ 0% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCO. (0%). Meta: 100%
- ✗ 0% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO. (0%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%

3.6 Gestión comercial y del ingreso

Para el cuarto trimestre de 2019, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 79%:

Avanzado

- ✓ 78% Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo. (78,1%). Min: 90% Est: 95% Max: 100%
- ✓ 78% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo. (78,1%). Min: 80% Est: 90% Max: 100%
- ✓ 86% Porcentaje de satisfacción de ERP. (81,4%). Meta: >=95%
- ✓ 91% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las

	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 24	

- ✓ aseguradoras. (90,5%). Meta: 100%
- ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCI. (93,7%). Meta: 100%
- ✓ 95% Porcentaje mensual de cumplimiento de las metas de radicación de facturación. (90,1%). Meta: >=95
- ✓ 97% Porcentaje de ejecución del plan de ventas institucional. (93,8%). Meta: 100%
- ✓ 97% Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo. (96,8%). Min: 90% Est: 95% Max: 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI. (98,1%). Meta: 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización ambulatorias. (4 días). Meta: <=5 días
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta autorización hospitalaria. (0,76 días). Meta: <=1 día
- ✓ 100% Porcentaje de gestión de autorizaciones. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Número de convenios con entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud en áreas de educación, promoción, prevención y en general de salud pública. (4). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de incremento en la venta de servicios con nichos distintos a EPS. (\$725.243.935). Meta: 2%
- ✓ 100% Plan de mercadeo actualizado. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía. (71,4%). Meta: 20%
- ✓ 100% Porcentaje de contratos perfeccionados. (108,5%). Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Informe de ranking de las entidades contratadas. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Documento propuesta del nuevo modelo de contratación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Número de nuevas modalidades de contratación. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Nuevos modelos de contratación aplicados a entidades. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje de depuración la cartera (2019-2022). (36,4%). Meta: 12,5%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan integral a la cartera. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación. (100,25%). Min: 90% Est: 95% Max: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de conciliación de glosa. (172,6%). Meta: >= 80%
- ✓ 100% Porcentaje de Glosa Definitiva. (2,04%). Meta: <=3%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa. (1,47 días). Meta: <=5 días
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCI. (1). Meta: 1
- ✓ 100% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCI. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso GCI entregados oportunamente. (100%). Meta: 100%

Satisfactorio:

- 60% Portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos (atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD) que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. (0,6)* de 5 servicios se actualizaron al 100% 3 y 2 se encuentran en proceso. Meta: 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 23 de 24	

- 60% Porcentaje de contratos liquidados. (57%). Meta: 95%
- 60% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCI. (60%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- 68% Porcentaje de ejecución del plan de intervención de la glosa. (68,4%). Meta: 100%

Insuficiente:

- ✖ 0% Porcentaje de Glosa inicial. (26,09%). Min: 8% Est: 10% Max: 12%
- ✖ 0% Proporción de riesgos Tratados del proceso GCI. (0%). Meta. 100%
- ✖ 9% Porcentaje de depuración de la glosa contable con corte a 2018. (4,56%). Meta: 50%
- ✖ 37% Porcentaje de glosa respondida dentro de términos. (37,3%). Min: 80% Est: 90% Max: 100%

No registra dato ni análisis:

- ✖ 0% Porcentaje de conciliación de cartera con las ERP.
- ✖ 0% Informes de avance del porcentaje de implementación de la factura electrónica recibida y, emitida.(1). Meta: 1
- ✖ 0% Porcentaje de depuración de la glosa contable a partir de 2019. Meta: >=80%

3.7 Gestión de la tecnología de Información

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

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente. (75%). Meta: 100%
- ✓ 76% Porcentaje de ejecución el proyecto de sistematización integral. (75,6%). Min.: 90% Est: 95% Max.: 100%
- ✓ 79% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTE. (78,7%). Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 84% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas del proyecto de sistematización integral. (84%). Min.: 90% Est: 95% Max.: 100%
- ✓ 89% Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda. (79,9%). Min.: 70% Est: 80% Max.: 90%
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE. (91,6%). Meta: 100%
- ✓ 94% Porcentaje de implementación del plan de arquitectura empresarial FASE I. (93,8%). Meta: 100%
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE. (97,2%). Meta: 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma del periodo. (98,2%). Meta: 100%
- ✓ 98% Porcentaje de implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE I. (98,1%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de eventos relacionados con seguridad de la información cerrados. (96,1%). Meta: >=80%
- ✓ 100% Porcentaje de avance Implementación del software de Patología. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6 en el periodo. (100%). Meta: 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 24 de 24	

- ✓ 100% Porcentaje de implementación de la nueva ofimática. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de avance de renovación tecnológica. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano. (100%). Meta: 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información). (100%).
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24). (99,9%). Meta: >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24). (99,9%). Min. 90% Est. 98% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP. (100%). Min. 90% Est. 98% Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos. (99,9%). 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%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP. (694 milisegundos). Meta: <=1500
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios de telefonía. (100%). Meta: >=99%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTE. Meta: 1

Insuficiente:

- ✗ 0% Proporción de riesgos Tratados del proceso GTE. (0%). Meta: 0%
- ✗ 0% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GTE. (0%). Meta: 100%

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