

	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 14			

Fecha del Informe:	31/01/2019
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV trimestre 2018
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 para la vigencia 2016 y así el cumplimiento gradual de los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018.

Se estructura desde los compromisos que se programan para lograr las metas y objetivos institucionales a través de estrategias que se articulan en las líneas y ejes del Plan de Desarrollo institucional 2015-2018.

1. METODOLOGÍA

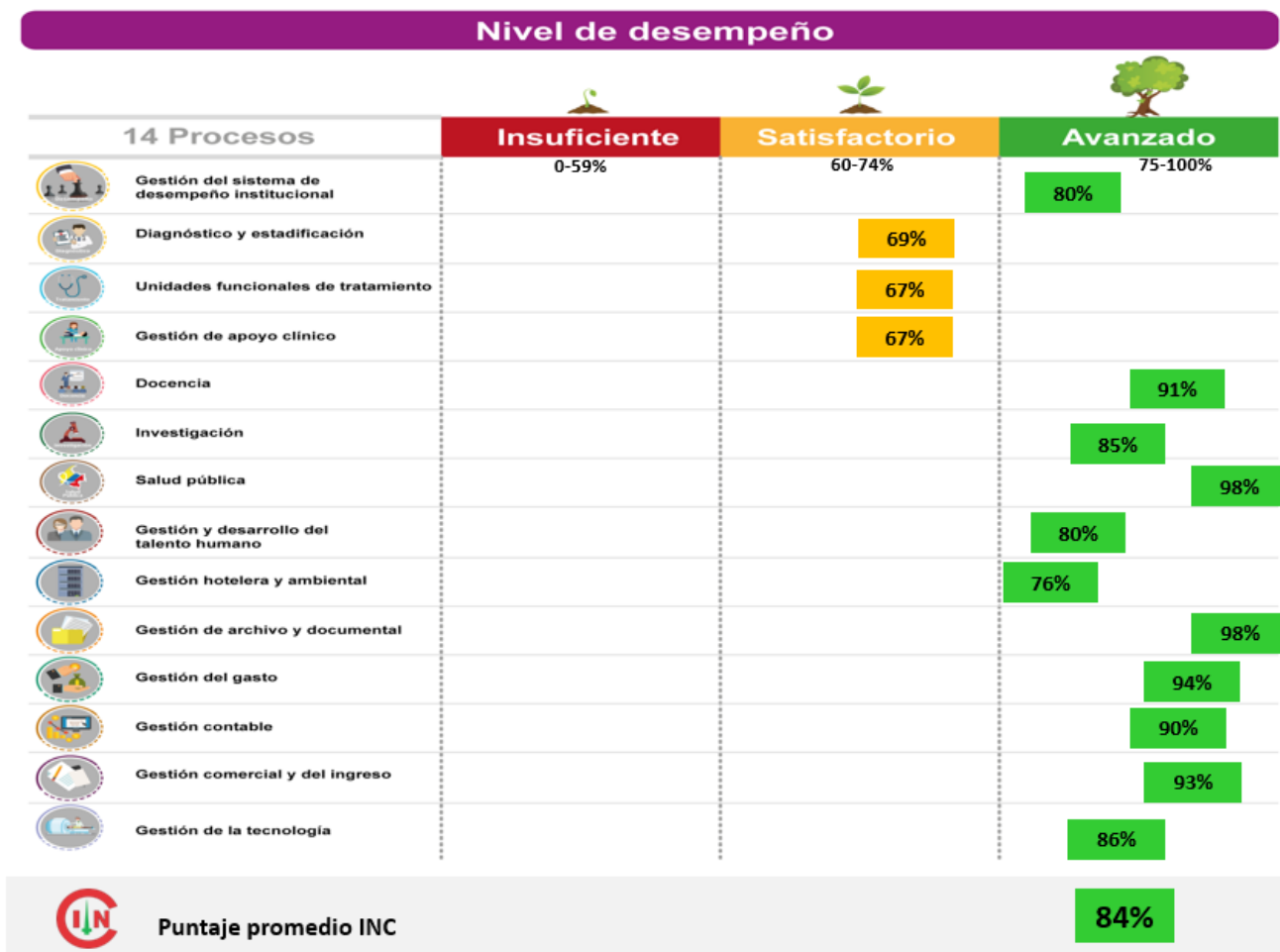
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 2 de 14	

2. RESULTADOS



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 84% en los planes operativos anuales.

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

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%:

	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 14	

Avanzado

- ✓ 76% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI
- ✓ 90% Porcentaje de ejecución de la FASE II Proyecto BI
- ✓ 90% Documento evidencia de la titularidad de los predios
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI
- ✓ 94% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GSI (80%, meta 85%)
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GSI (9/9)
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GSI (97%, meta 85%)

Insuficiente

- ✗ 0% Sesiones del observatorio epidemiológico de cáncer
 - ✗ 36% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GSI
- Mes de Octubre se registra seis (6) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad cuatro (4), Oficina Asesora de Planeación una (1) acción de mejora, Grupo Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos una (1) acción de mejora. Mes de Noviembre se registra seis (6) acciones de mejora sin cerrar Oficina Asesora de Calidad cinco (5), Grupo Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos una (1) acción de mejora. Mes de diciembre se registra tres (3) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad tres (3), Grupo Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos una (1) acción de mejora.

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 69%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos del proceso DYE (59,75%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 79% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE
- ✓ 83% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso DYE (70,6%) Meta 85%
- ✓ 92% Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud (3,21) Meta 3,5
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología (6,33 días) Meta ≤ 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (4,77 días) Meta máx. 15 días
- ✓ 100% Errores relacionados con el uso de reactivos (Reactivo-Vigilancia) (0 errores). Meta máx. 6
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de la meta de entrega de resultados de Laboratorio a GAICA. (2017 prom. 89 min, 2018 prom. 45 min)
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso DYE
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso DYE (94,6%) Meta 85%
- ✓ 100% Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS (400) Meta ≥ 375

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 4 de 14	

Satisfactorio

- 73% Oportunidad en la toma del PET (12,66 días) Meta máx. 20 días
- 73% Oportunidad en la Atención en servicios de Imagenología (2,66 días) Meta mín. 0 máx. 10 días

Insuficiente

- ✖ 0% Oportunidad en confirmación diagnóstica y estudios complementarios (25,67 días) Meta ≤ 20 días
- ✖ 0% Porcentaje de medición de la cultura de seguridad del paciente (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✖ 0% Adherencia a la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente (indicador cargado fuera de tiempo)

Sin registro de datos, ni análisis

- ✖ 0% Informe de medición de la cultura de seguridad del paciente para el proceso DYE
- ✖ 0% Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados del proceso DYE

2.2 Unidades funcionales de tratamiento

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 67%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de funcionarios (coordinadores) capacitados en farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia
- ✓ 75% Porcentaje de implementación de la TBI en el INC con el servicio de Hemato Oncología
- ✓ 75% Porcentaje de implementación del proyecto de la SBRT en el INC
- ✓ 75% Disponibilidad del servicio para funcionamiento programa de atención domiciliaria
- ✓ 75% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT
- ✓ 80% Porcentaje de ejecución del proyecto del servicio de medicina perioperatoria
- ✓ 85% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso UFT (72%) Meta 85%
- ✓ 87% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (73,54%) Meta 85%
- ✓ 89,5% Porcentaje de adherencia al protocolo o de cáncer de mama, colon y recto y cuello uterino
- ✓ 90% Oportunidad de inicio de tratamiento en Radioterapia desde la Autorización (11,97 días) Meta Máx. 30 días
- ✓ 90% Cobertura de pacientes adultos nuevos en programa de soporte oncológico pediátrico
- ✓ 92% Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud (3,21) Meta Min. 3,5
- ✓ 95% Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional) (47,61 días). Meta Máx. 50 días
- ✓ 100% Informe con seguimiento a la unidad de Linfoma cutánea y desarrollo el programa fotoraferesis extracorpóreo presentado
- ✓ 100% Propuesta proyecto de de optimización del servicio de Gastroenterología
- ✓ 100% Evaluación desempeño unidades funcionales existentes
- ✓ 100% Informe paciente trazador
- ✓ 100% Informe paciente trazador
- ✓ 100% Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia
- ✓ 100% E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días) (25,25). Meta Máx. 60
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (88,81%) Meta 80%
- ✓ 100% Unidades Funcionales Implementadas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 14	

- ✓ 100% Cobertura de pacientes adultos nuevos en programa soporte oncológico (85,60%) Meta 80%
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso UFT (92%) Meta 85%
- ✓ 100% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos (88%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS (400) Meta ≥ 375
- ✓ 100% Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso UFT

Satisfactorio

- 73% Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso UFT

Insuficiente

- ✗ 0% Índice Global de Infecciones (9,88%). Meta Máx. 8%. No registra análisis del mes de octubre
- ✗ 0% Tasa Global del Evento Adverso (42,22) Meta Máx. 2
- ✗ 0% Tasa de úlceras por presión (4,78). Meta Máx. 2
- ✗ 0% Cobertura en la medición de la cultura de seguridad del paciente (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✗ 0% Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✗ 20% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de UFT
Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de octubre se registra ocho (8) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad tres (3) acciones, unidad de hemato oncología una (1) acción. Grupo Enfermería Oncológica una (1) acción, Grupo Servicios Farmacéuticos dos (2) acciones de mejora, Subdirección General De Atención Médica Y Docencia una (1) acción de mejora. Para el mes Noviembre se registra cuatro (4) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora De Calidad tres (3) acciones. Unidad De Hemato Oncología una (1) acción de mejora. Para el mes de Diciembre se registra cuatro (4) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora De Calidad tres (3) acciones. Unidad De Hemato Oncología una (1) acción de mejora
- ✗ 38% Seguimiento de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos

Sin registro de datos, ni análisis

- ✗ 0% Porcentaje Unidades Funcionales consolidadas
- ✗ 0% Medición de la cultura de seguridad del paciente
- ✗ 0% Porcentaje de intervenciones realizadas por farmacia
- ✗ 0% Porcentaje de implementación de estrategia de cuidado paliativo para el país se debe implementar el modelo de atención de cuidados paliativos en el INC

2.3 Gestión apoyo clínico

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 67%:

Avanzado

- ✓ 76% Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GAC
- ✓ 78% Productividad hospital día - giro silla (1,96) Meta 2,5
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GAC
- ✓ 82% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GAC (69,7%) Meta 85%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 6 de 14	

- ✓ 92% Cumplimiento de estándares cliente asistencial de acreditación en salud (3,21) Meta 3,5
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura del plan de egreso hospitalario (90,7%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta de respuesta a la solicitud de remisión (33,5 horas) Meta ≤ 48 horas
- ✓ 100% Porcentaje de gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA (99,6%) Meta 100%
- ✓ 100% Farmacovigilancia (Gestión de sospechas de reacciones adversas a medicamentos)
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de atención al ciudadano
- ✓ 100% Documento programa de Cuidado para aliviar la carga al paciente y su familia
- ✓ 100% Diagnóstico prueba piloto en el servicio de Hematología
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GAC (94,2%) Meta 85%
- ✓ 100% Resultado calificación en seguridad del instrumento de medición de seguridad (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GAC

Insuficiente

- ✗ 0% Mesa de trabajo con el coordinador del Grupo Área Comercial y del Ingreso para revisar las dificultades presentadas con las EPS
 - ✗ 0% Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días (5,2) Meta $\leq 1,8$
 - ✗ 0% Proporción de remisiones no utilizadas (23,63%) Meta máx. 20%
 - ✗ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GAC
- Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de octubre se registra una (1) acción de mejora sin cerrar.

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Porcentaje de gestión eficiente de pacientes con estancia prolongadas hospitalización
- ✗ 0% Porcentaje de inventarios (instituto vs instacount)
- ✗ 0% Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia

2.4 Docencia

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

Avanzado

- ✓ 88% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso DOC (75%) Meta 85%
- ✓ 89% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso DOC
- ✓ 95% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC
- ✓ 95% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC
- ✓ 100% Radicar Documento maestro en Patología
- ✓ 100% Número de estudiantes en rotación en el INC (2092) Meta Min. 1000
- ✓ 100% Número de docentes certificados (25) Meta 20
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de gestión de convenios (99%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción de las practica formativas (92,08%) Meta 90%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del proyecto de modernización y ampliación de salas académica (50%) Meta 50%
- ✓ 100% Número de estudiantes en el INC (54) Meta 42
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de módulos de inducción a estudiantes
- ✓ 100% Número de pasantes internacionales en el INC (20) Meta 12
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso DOC (87,5%) Meta 85%

	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 14	

Insuficiente

- ✖ 0% Documento maestro en Hematología elaborado

2.5 Investigación

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%:

Avanzado

- ✓ 78% Estudiantes de postgrado con tesis aprobada desarrollada en el INC. (14) Meta 18
- ✓ 79% Promedio de artículos científicos sometidos 3 por profesional de planta GAI (2,36) Meta 3
- ✓ 90% Promedio Artículos científicos publicados en revistas indexadas en ISI (0,45) Meta 0,5
- ✓ 90% Documento de estatutos de la red nacional de investigación en cáncer firmados (0,9) Meta 1
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV
- ✓ 91% Porcentaje de estudios de investigación cerrados (54,54%) Meta $\geq 60\%$ 60%
- ✓ 92% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso INV (78,57%) Meta 85%
- ✓ 93% Proporción de proyectos sin extensión al cronograma (55,97%) Meta 60%
- ✓ 100% Promedio de artículos científicos sometidos en revistas indexadas en ISI (GAI) (1,18) Meta 1
- ✓ 100% Promedio factor de Impacto ISI de las publicaciones del INC (1,58) Meta 1
- ✓ 100% Suscripción al ISI
- ✓ 100% Factor de impacto promedio (3,11) Meta 2
- ✓ 100% Proyectos nuevos con la red de investigación internacional (SWOG)
- ✓ 100% Promedio de Ponencias Eventos científicos GAI (2,09) Meta 2
- ✓ 100% Análisis de base de datos del proyecto de incidencia proyectada
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso INV
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso INV (94,64%) Meta 85%
- ✓ 100% Proporción de proyectos nuevos con participación de dos o más instituciones (7) Meta 5

Satisfactorio

- 67% No. de guías y protocolos documentados y socializados (2) Meta 3

Insuficiente

- ✖ 11% Oportunidad de publicaciones científicas de los proyectos de investigación
- ✖ 45% Promedio de artículos científicos aprobados GAI (0,9) Meta 2
- ✖ 50% Estudiantes de pregrado con trabajo de grado aprobado desarrollada en el INC (1) Meta 2
- ✖ 53% Índice de Publicaciones por Investigador (1,05) Meta 2

2.6 Salud pública

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 98%:

Avanzado

- ✓ 84% Lograr la habilitación en la UACAI en el INC (0,84). Meta 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 8 de 14	

- ✓ 86% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso SPB (75%) Meta 85%
- ✓ 85% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB
- ✓ 86% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de SPB
- ✓ 100% Diseño de una estrategia para el mejoramiento de cobertura de vacunación y socialización ante el ministerio a la mesa de concertación cáncer de cuello uterino
- ✓ 100% Artículo científico sometido en revista indexada, con los resultados del Programa de Monitoreo de la vacuna de VPH, respecto a prevalencia de VPH 16 y 18 y lesiones pre neoplásicas, pre y post vacuna contra VPH. sometido (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento técnico de la prevalencia del consumo de cigarrillo en niños colombianos entre 13 y 15 años de edad
- ✓ 100% Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos priorizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante)
- ✓ 100% Elaborar documento técnico de prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos priorizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo, compuesto inorgánico, radiación ionizante) menor al 50% del TLV permisible en los trabajadores
- ✓ 100% Servicios de mamografía con asistencia técnica por parte del Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano CPreD (4) Meta 4
- ✓ 100% Porcentaje de positividad de pruebas de tamización
- ✓ 100% Informe de la red de oferta integral oncológica constituida en un ente territorial
- ✓ 100% Informe de EPS con Programa de Servicio de Cuidado Paliativo para el paciente oncológico
- ✓ 100% Boletín epidemiológico sometido a comité editorial (1) Meta 1
- ✓ 100% Anuario 2016 sometido a comité editorial
- ✓ 100% Actualización Infocancer
- ✓ 100% Informe Estadio clínico en el INC por localización 2012-2017
- ✓ 100% Boletín publicado en página web institucional (2) Meta 2
- ✓ 100% Acciones de incidencia de políticas cumplidas (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de exhortos cumplidos (2) Meta 2
- ✓ 100% Informe de monitoreo de medios mensual (3) meta 3
- ✓ 100% Boletín publicado en página web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación
- ✓ 100% Boletín de seguimiento a servicios oncológicos publicado en la página web institucional
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso SPB
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso SPB (100%)

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%:

Avanzado

- ✓ 79% Porcentaje de cobertura de los talleres de inducción y reinducción
- ✓ 80% Porcentaje de implementación de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento

	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 14	

humano

- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del plan de Bienestar
- ✓ 84% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GTH (71,42%) Meta 85%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH
- ✓ 94% Porcentaje de ejecución del Plan de intervención de ausentismo para disminución
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH
- ✓ 98% Porcentaje de personal con recomendaciones de enfermedad laboral
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (98,51%) Meta 90%
- ✓ 100% Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior (1) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado
- ✓ 100% Informe de ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones (3) Meta 3
- ✓ 100% Informe de seguimiento del plan de bienestar (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad
- ✓ 100% Nivel de satisfacción de actividades de Bienestar (89,96%) Meta 90%
- ✓ 100% Informe del impacto financiero y presupuestal del plan de vacaciones
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de los talleres de inducción y reinducción
- ✓ 100% Informe Seguimiento de inducción para empleados
- ✓ 100% Informe de auditoría a empresas tercerizadas
- ✓ 100% Informe de ausentismo laboral elaborado y presentado al comité directivo
- ✓ 100% Informe de seguimiento a los estándares de Acreditación (3) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GTH (95,23%) Meta 85%
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos ajustados, actualizados y entregados de acuerdo a la norma de acreditación
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del programa para la promoción del liderazgo
- ✓ 100% Informe comparativo (2017-2018) de casos diagnosticados como enfermedad profesional

Satisfactorio

- 65% Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GTH
- 67% Oportunidad de la liquidación de salario personal de prestación de servicios (Mes de noviembre no cumplió con la meta)

Insuficiente

- ✗ 0% Índice de accidentalidad (dato acumulado) (1,5) Meta -1,5%
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (Meses de octubre y diciembre no cumplió con la meta)
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta temporal (Meses de noviembre y diciembre no cumplió con la meta) (Meses de noviembre y diciembre no cumplió con la meta)
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios
- ✗ 50% Porcentaje de ejecución del desarrollo de las estrategias para mejoramiento de clima y riesgo 2017 (programado en el periodo)
- ✗ 50% Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTH

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 10 de 14	

Acciones de mejora sin cerrar: para el mes de Noviembre se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Oficina Asesora De Calidad

- ✖ 53% Porcentaje de ejecución al plan de capacitación

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Cumplimiento del plan de incentivos individual y en equipos de trabajo (provisionales)

3.2 Gestión hotelera y ambiental

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 76%:

Avanzado

- ✓ 77% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA
- ✓ 80% Porcentaje de implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo (dato acumulado)
- ✓ 81% Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo
- ✓ 84% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GHA (71,42%) Meta 85%
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo de habilitación
- ✓ 94% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE (75,47%) Meta 80%
- ✓ 96% Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA
- ✓ 97% Porcentaje de satisfacción del servicio de Alimentos (91,92%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de tecnología LED (dato acumulado)
- ✓ 100% Número de unidades sanitarias instaladas (15) Meta 15
- ✓ 100% Reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de correcciones de hallazgos de infraestructura por habilitación
- ✓ 100% Cumplimiento de los(15) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015 y realizar prueba piloto
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento (99,81%) Meta 90%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia (98,66%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de lavandería (98,75%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GHA
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GHA (92,85%) Meta 85%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (98%) Meta 95%

Insuficiente

- ✖ 0% Proyecto "Implementar el uso de agua procesada en la PTAR a los jardines del INC" radicado ante la Secretaría de Medio Ambiente (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✖ 0% Porcentaje de implementación de la fase III de señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✖ 0% Porcentaje de cumplimiento del plan de actividades contratadas (indicador cargado fuera de tiempo)
- ✖ 0% Gestionar 3 licencias para reforzamiento (Hospitalizados, Almacén y Administrativa) (indicador cargado fuera de tiempo)

	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 14	

- ✖ 0% Obtener 2 licencias para reforzamiento (indicador cargado fuera de tiempo)
 - ✖ 53% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GHA
- Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de octubre se registra cinco (5) acciones a cargo del Grupo Gestión Ambiental. Para el mes de Noviembre se registra tres (3) acciones de mejora sin cerrar a cargo del Grupo Gestión Ambiental.

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 98%:

Avanzado

- ✓ 92% Porcentaje de implementación Fase III del Proyecto de Gestión Documental
- ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD
- ✓ 97% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GAD (92,35%) Meta 85%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento en la organización de archivos de gestión (78%) Meta 80%
- ✓ 100% Capacitación en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel
- ✓ 100% Boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental (3) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GAD
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GAD (94,11%) Meta 85%

3.4 Gestión del gasto

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 87% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GDG (73,68%) Meta 85%
- ✓ 89% Porcentaje de Ítem Adjudicados no programados
- ✓ 94% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos)
- ✓ 94% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG
- ✓ 99,8% Proporción de Ítem Adjudicados
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento (1,59%) Meta 6%
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en operación comercial (0,35%) Meta 6%
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en inversión (0,47%) Meta 6%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (1,45%) Meta ≤10%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de austeridad componente presupuestal
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución rendimiento financiero
- ✓ 100% Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas por cooperación internacional, diferentes a recursos Nación y ventas de servicios en salud (21,25%) Meta ≥ 15%
- ✓ 100% Proyecto de presupuesto empresa elaborado
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3) Meta 3
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3) Meta 3

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 12 de 14	

- ✓ 100% Porcentaje ejecución por concepto de gasto (94,74%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación (95,57%) Meta 90%
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (4,1 días) Meta 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (6,95 días) Meta 20 días
- ✓ 100% Porcentaje de reportes del área de gestión contractual elaborados oportunamente
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GDG (94,73%) Meta 85%
- ✓ 100% Relación costo/ingreso (79,30%) Meta $\leq 88\%$
- ✓ 100% Porcentaje ejecución por concepto de ingreso
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GDG

Satisfactorio

- 72% Porcentaje de ítems no programados en el plan anual de adquisiciones inicial (28,97%) Meta $\geq 40\%$

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas (13,18 días) Meta ≤ 10 días

3.5 Gestión contable

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Avanzado

- ✓ 88% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCO (75%) Meta 85%
- ✓ 91% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO
- ✓ 92% Porcentaje de informes entregados a contabilidad para cierre
- ✓ 95% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO
- ✓ 100% Porcentaje del costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso (80,05%) Meta $\leq 80\%$
- ✓ 100% Porcentaje de informes generados de análisis de cuentas relevantes de los estados financieros
- ✓ 100% Porcentaje de informes contables generados
- ✓ 100% Porcentaje de declaraciones presentadas
- ✓ 100% Mesas de trabajo realizadas
- ✓ 100% Porcentaje de sugerencias de revisoría fiscal aceptadas
- ✓ 100% Porcentaje de sugerencias de revisoría fiscal aceptadas y gestionadas
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GCO
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GCO (100%)

Insuficiente

- ✗ 0% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCO
Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de Noviembre registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo del Grupo Almacén y Activos Fijos. Esta acción de mejora fue modificada en fecha de acuerdo con solicitud realizada por la Doctora Lía Margarita Alvarez, a través de correo institucional de fecha 26/04/2018. Para el mes de Diciembre registra dos (2) acciones de mejora sin cerrar: Grupo Almacén y

	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 14	

Activos Fijos una (1) acción. Grupo Contabilidad y Costos una (1) acción de mejora.

3.6 Gestión comercial y del ingreso

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%:

Avanzado

- ✓ 79% Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo
- ✓ 83% Porcentaje de ejecución del plan de intervención de la glosa
- ✓ 86% Porcentaje de satisfacción de ERP (81,25%) Meta 95%
- ✓ 89% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCI
- ✓ 96% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCI (81,81%) Meta 85%
- ✓ 100% Porcentaje de entidades adheridas al proyecto de autorizaciones (91,89%) Meta >=90%
- ✓ 100% Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP (1,45 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Porcentaje de contratos gestionados
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan integral a la cartera
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación
- ✓ 100% Porcentaje de radicación de la facturación del mes anterior (97,64%) Meta >=90%
- ✓ 100% Plan de ventas 2019
- ✓ 100% Informe de ranking de las entidades contratadas (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de estudios previos del proceso GCI entregados oportunamente
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GCI
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GCI

Insuficiente:

- ✗ 33% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCI
Acciones de mejora sin cerrar: Mes de Octubre una (1) acción de mejora Oficina Asesora de Planeación.
Mes de Noviembre una (1) acción de mejora Oficina Asesora de Planeación.

3.7 Gestión de la tecnología

Para el cuarto trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 86%:

Avanzado

- ✓ 90% Porcentaje de ejecución de la FASE II Proyecto BI
- ✓ 90% Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GTE (76,19%) Meta 85%
- ✓ 94% Tiempo de parada por daño de tecnología (tecnología de riesgo I y IIA) (8,26 días) Meta <= 8 días
- ✓ 95% Porcentaje de avance de ajuste de la historia clínica
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación (93,11%) Meta 95%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 14 de 14	

- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente
- ✓ 100% Porcentaje de avance Implementación FASE I software de Patología (59%) Meta 50%
- ✓ 100% Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática
- ✓ 100% Porcentaje de avance de Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (5x10) (99,92%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,93%) Meta >=98%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP (99,35%) Meta >=98%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (556 milisegundos) Meta <=1500 Milisegundos
- ✓ 100% Porcentaje de incidentes de seguridad con impacto en la operación gestionados
- ✓ 100% Porcentaje de instalación infraestructura TI (93%) Meta >=80%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas del macro proyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica
- ✓ 100% Porcentaje de incorporación de tecnologías (83,51%) Meta 80%
- ✓ 100% Ejercicios de vigilancia tecnológica (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de Plan de Mantenimiento preventivo de equipos médicos (98,97%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje cumplimiento del plan de aseguramiento metrológico (95,90%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos (0,06%)
- ✓ 100% Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GTE (100%)
- ✓ 100% Porcentaje de seguimiento y tratamiento a riesgos proceso GTE

Insuficiente:

- ✗ 0% Tiempo promedio de resolución las solicitudes de mantenimiento correctivo (11,43 días) Meta <= 8 días
- ✗ 0% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III) (9,43 días) Meta <= 8 días
- ✗ 0% Tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (14,41 horas) Meta <= 6 horas
- ✗ 38% Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica (35,63%) Meta 95%

Con base a los resultados del seguimiento de los POAs para el IV trimestre de 2018 se presentan los siguientes resultados para los compromisos transversales:

% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de proceso: 96%

% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA: 86%

% de cierre de acciones de mejoramiento del proceso: 41%

% de cumplimiento en la entrega de estudios previos: 100%. Para el periodo solo un proceso tenía estudios previos por entregar.

% de seguimiento y tratamiento a riesgos del proceso: 99%

Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Correales Técnico Operativo	Aprobado por Adriana Patricia Hernández Baquero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
--	--