

	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 11			

Fecha del Informe:	16/11/2018
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III 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

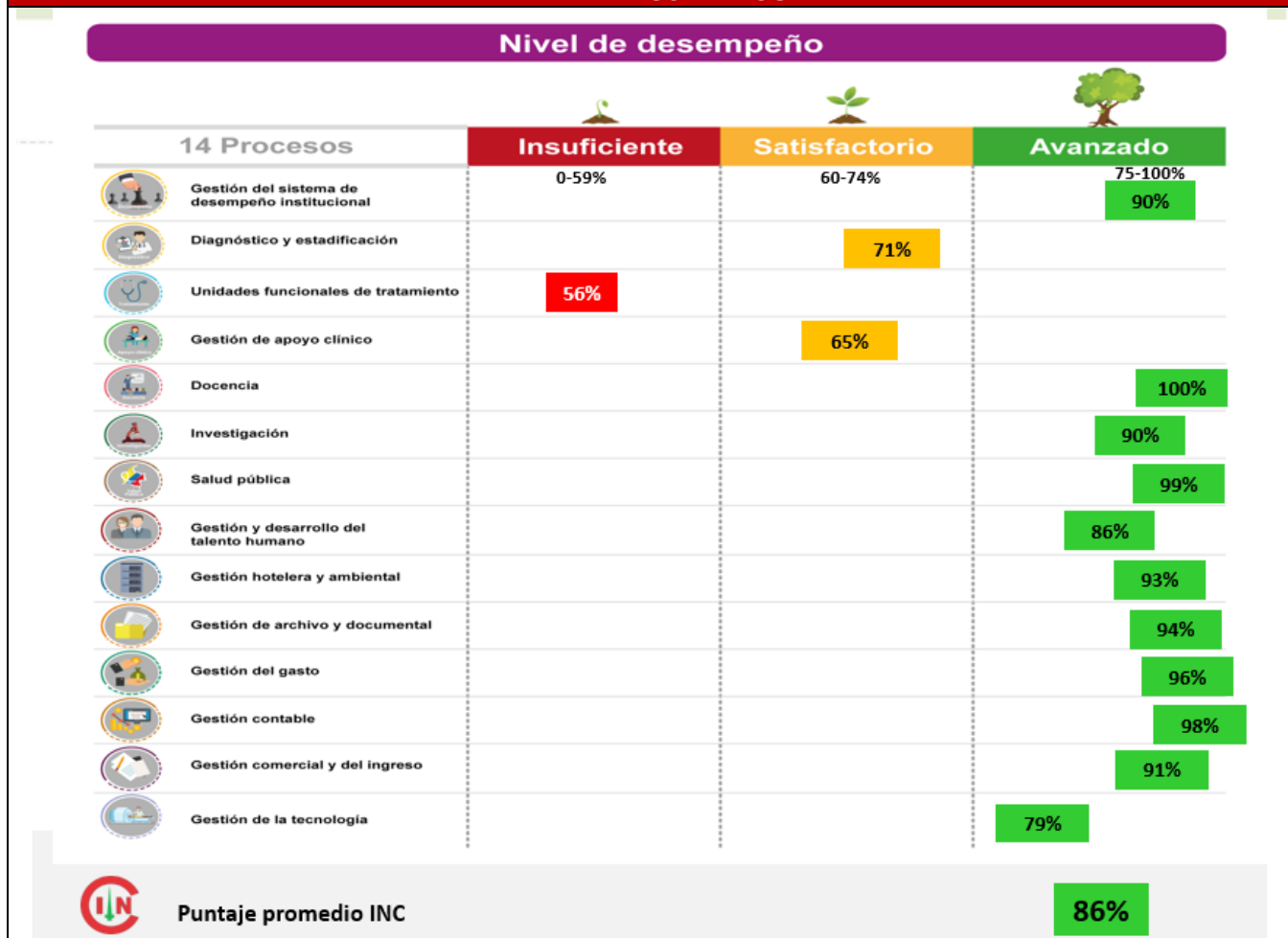
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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 11			

2. RESULTADOS



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 86% 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 tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

	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 11	

Avanzado

- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI
Oficina Asesora Jurídica un (1) indicador sin análisis, Oficina Asesora de Planeación un (1) indicador sin análisis.
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Sesiones del observatorio epidemiológico de cáncer
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI

Insuficiente

- ✗ 32% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GSI
Acciones de mejoramiento sin cerrar. Mes de julio se registra seis (6) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad tres (3), Grupo área análisis de datos Una (1), Grupo Area Sistemas Una (1). Oficina Asesora de Planeación una (1). Mes de Agosto se registra ocho (8) acciones de mejora sin cerrar Oficina Asesora de Calidad seis (6), Oficina Asesora de Planeación dos (2). Mes de Septiembre se registra diez (10) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad seis (6), Oficina Asesora de Planeación dos (2), Oficina Asesora de comunicaciones una (1), Grupo Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos una (1)

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 71%:

Avanzado

- ✓ 87% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos del proceso DYE (69,83%). Meta $\geq 80\%$
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE
- ✓ Para el trimestre 4 indicadores sin análisis: Grupo laboratorio clínico, Grupo patología oncológica, Grupo imágenes diagnósticos, Grupo de medicina nuclear
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en Grupo de Patología (5,33 días) Meta ≤ 7 días
- ✓ 100% Oportunidad en la toma del PET (11,63 días) Meta Máx. 20 días
- ✓ 100% Oportunidad en la Atención en servicios de imagenología (2,69 días) Meta Máx. 10 días
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de la meta (30 min) de entrega de resultados de Laboratorio a GAICA. Meta = 100% = 30 min
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (18,18 días). Meta máx. 15 días
- ✗ 0% Oportunidad en confirmación diagnóstica y estudios complementarios (28,87 días) Meta ≤ 20 días
- ✗ 0% Porcentaje de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente

	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 11	

Para el mes de Julio no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de Grupo Medicina Nuclear

2.2 Unidades funcionales de tratamiento

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 56%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT
Indicadores de proceso sin cargar: De un total de 155 indicadores se cargaron 116.
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT
- ✓ Indicadores de POA sin cargar: De un total de 40 indicadores para el trimestre, con dato y análisis 34,5
- ✓ 99% Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional) (54,31 días) Meta ≤ 50 días
Oportunidad de inicio de tratamiento (institucional) está por encima de la meta en un 10% (4,31 días) dando un cumplimiento del 99%
- ✓ 100% Seguimiento de implementación de Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos (90%). Meta 75%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del proyecto del servicio de medicina Perioperatoria (80%) Meta 75%
- ✓ 100% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (92,20%) Meta 85%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días) (27,13 días) Meta Máx. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad de inicio de tratamiento en Radioterapia desde la Autorización (13,95 días) Meta Máx 30 días
- ✓ 100% Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (86,19%) Meta 80%
- ✓ 100% Cobertura de pacientes adultos nuevos en programa (85,51%) Meta 80%

Satisfactorio

- 71% Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos (57,05%) Meta $\geq 80\%$

Insuficiente

- ✗ 0% Índice Global de Infecciones (9,52%) Meta $\leq 8\%$
- ✗ 0% Tasa Global del Evento Adverso (75,82) Meta ≤ 2
- ✗ 0% Tasa de úlceras por presión (3,05) Meta Máx. 2
- ✗ 25% Evaluación desempeño unidades funcionales existentes. Se solicita adjuntar el documento firmado (El informe corresponde a la evaluación de la unidad funcional de urología 1/4 = 25%)
- ✗ 25% Modelo de prospectiva para la Radioterapia del INC. Se solicita adjuntar el documento
- ✗ 35% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de UFT

Acciones de Mejoramiento sin cerrar: Mes de Julio abril se registra dieciocho (18) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de calidad cinco (5), Unidad Hemato Oncología tres (3), Grupo salas de cirugía y medicina perioperatoria una (1), Grupo enfermería oncológica cuatro (4), Grupo servicios farmacéuticos cuatro (4), Subdirección de atención médica y docencia una (1). Mes de Agosto se registra catorce (14) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad cuatro (4), Grupo enfermería oncológica una (1), Grupo servicios farmacéuticos cuatro (4), Subdirección de atención médica y docencia una (1). Mes de septiembre se registra nueve (9) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad Tres (3), Unidad hemato oncología una (1), Grupo enfermería oncológica dos (2), Grupo servicios farmacéuticos dos (2), Subdirección general de atención médica y docencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 5 de 11	

- una (1)
- ✖ 50% Porcentaje de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente
Para el mes de Julio no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de Unidad hemato oncología

Sin registro de datos, ni análisis

- ✖ 0% Porcentaje de funcionarios (coordinadores) capacitados en farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia.
- ✖ 0% Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- ✖ 0% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT.

2.3 Gestión apoyo clínico

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 65%:

Avanzado

- ✓ 78% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC
Indicadores de POA sin cargar: Para el trimestre ocho (8) indicadores sin cargue ni análisis
- ✓ 83% Productividad hospital día - giro silla (2,1) Meta 2,5
- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC
Indicadores de proceso sin cargar: Grupo Gestión hospitalaria un (1) indicador sin cargar, Grupo Gestión a Usuarios dos (2) indicadores sin cargar y uno (1) sin análisis, Grupo Servicios Farmacéuticos dos (2) indicadores sin cargar, Grupo Quimioterapia dos (2) indicadores sin cargar, Grupo Hospitalización dos (2) indicadores sin cargar
- ✓ 99% Porcentaje de gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA
- ✓ 100% Porcentaje de cobertura del plan de egreso hospitalario (83,55%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días (1%) Meta $\leq 1,8\%$
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta de respuesta a la solicitud de remisión (28,55 horas) Meta ≤ 48 horas
- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas (13,56%) Meta Máx. 20%
- ✓ 100% Farmacovigilancia (Gestión de sospechas de reacciones adversas a medicamentos) (0.57) Meta ≤ 2

Insuficiente

- ✖ 17% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GAC
Acciones de mejoramiento sin cerrar: Mes de Julio se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia. Mes de Agosto se registra dos (2) acciones de mejora sin cerrar Subdirección General de Atención Médica y Docencia, Grupo enfermería Oncológica una (1). Mes de septiembre se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia
- ✖ 50% Porcentaje de gestión eficiente de pacientes con estancia prolongadas hospitalización

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Porcentaje de cumplimiento del plan de atención al ciudadano.
- ✖ 0% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC.

	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 11	

- ✖ 0% Porcentaje de eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia

2.4 Docencia

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción de las practica formativas (91,81%) Meta 90%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC
- ✓ 100% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de DOC
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC.

2.5 Investigación

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

Avanzado

- ✓ 100% Cursos efectuados de escritura de artículos científicos
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV

Insuficiente

- ✖ 42% Estudios de investigación cerrados (25%) Meta $\geq 60\%$

2.6 Salud pública

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%:

✓ Avanzado

- ✓ 86% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB
Indicadores de proceso sin cargar: Un (1) Indicador Grupo Area Salud Pública
- ✓ 100% Servicios de mamografía con asistencia técnica por parte del Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano CPreD
- ✓ 100% Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadíos tempranos (52%) Meta 25%
- ✓ 100% Mesa de trabajo con MSPS promovida y facilitada por el Servicios de mamografía con asistencia técnica (1 Mesa de Trabajo) Meta 1
- ✓ 100% Informe de reunión o taller RPC
- ✓ 100% Informe tasa de supervivencia para el periodo
- ✓ 100% Boletín publicado en página web institucional (2 boletines) Meta 2
- ✓ 100% Acciones de incidencia de políticas cumplidas
- ✓ 100% Informe de monitoreo de medios mensual (3) Meta 3
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB

	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 11	

- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

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

Avanzado

- ✓ 85% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH
Indicadores de proceso sin cargar: dos (2) indicadores de Grupo Ciclo de Vida Laboral, Un (1) indicador sin análisis de Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ 88% Porcentaje de cobertura de los talleres de inducción y reintroducción
- ✓ 93% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH
Indicadores de POA sin cargar: Para el tercer trimestre registra un (1) indicador sin cargar.
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de incentivos individual y en equipos de trabajo (provisionales) (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Rediseño de la propuesta de búsqueda de retención y atracción del talento humano
- ✓ 100% Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior
- ✓ 100% Informe seguimiento a la evaluación de desempeño de funcionarios de carrera administrativa
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta temporal
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de salario personal de prestación de servicios
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado
- ✓ 100% Informe de ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de los talleres de inducción y reintroducción
- ✓ 100% Informe Seguimiento de inducción para empleados
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (95,54%) Meta 90%
- ✓ 100% Campaña de divulgación procedimiento de reporte de accidentes e incidentes laborales disminución de la enfermedad laboral
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del desarrollo de las estrategias para mejoramiento de clima y riesgo 2017 (programado en el periodo)
- ✓ 100% Informe de ausentismo laboral elaborado y presentado al comité directivo
- ✓ 100% Informe de seguimiento a los estándares de Acreditación (3) Meta 3
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH

Satisfactorio

- 60% Porcentaje de ejecución del plan de Bienestar (35,71% de la Meta 60%)

Insuficiente

- ✗ 46% Porcentaje de ejecución al plan de capacitación (27,40%) Meta 60%
- ✗ 0% Índice de accidentalidad (dato acumulado) (1,9) Meta -1,125%

	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 11	

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Plan de necesidades de Talento Humano.

3.2 Gestión hotelera y ambiental

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

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente
Estudios previos sin entregar: En el mes de agosto no se hizo entrega de un (1) ítem por parte Grupo Gestión de la Infraestructura
- ✓ 79% Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo
- ✓ 81% Porcentaje de implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA
Indicadores de procesos sin cargar: Un indicador por parte del Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero
- ✓ 94% Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA
- ✓ 98% Porcentaje de satisfacción del servicio de Alimentos (92,96%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de implementación de tecnología LED (dato acumulado) (87,87%) Meta 75%
- ✓ 100% Reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura
- ✓ 100% Informe diagnóstico preventivo de habilitación
- ✓ 100% Cumplimiento de los(15) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015 y realizar prueba piloto
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento del plan de actividades contratadas
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE (64,86%) Meta 50%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento (91,70%) Meta 90%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97,33%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia (98,66%) Meta 95%
- ✓ 100% Porcentaje de satisfacción del servicio de lavandería (99,50%) Meta 95%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GHA
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA

Insuficiente

- ✖ 48% 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 Agosto tres (3) acciones de mejora sin cerrar del Grupo Area Gestión Ambiental y Hotelera. Para el mes de septiembre cuatro (4) acciones de mejora sin cerrar del Grupo Area Gestión Ambiental y Hotelera

3.3 Gestión de archivo y documental

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

	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 11	

Avanzado

- ✓ 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 implementación Fase III del Proyecto de Gestión Documental
- ✓ 100% Capacitaciones realizadas en el componente módulo de archivística y gestión documental (2) Meta 2
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD

Insuficiente

- ✗ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GAD
Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de agosto se registra una (1) acción de mejora sin cerrar

3.4 Gestión del gasto

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%:

Avanzado

- ✓ 75% Porcentaje de Ítem Adjudicados no programados (60,13%) Meta 80%
- ✓ 77% Porcentaje de Ítems no programados en el plan anual de adquisiciones inicial (23%) Meta >=30%
- ✓ 83% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (74,44%) Meta 90%
- ✓ 90% Proporción de Ítem Adjudicados (80,61%) Meta 90%
- ✓ 92% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG
Indicadores de proceso sin cargar: Un (1) indicador por parte del Grupo Area de Gestión Contractual
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG
Indicadores de POA sin cargar: En el tercer trimestre un (1) indicador sin cargue
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento (0,61%) Meta 4,5%
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en operación comercial (0,44%) Meta 4,5%
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en inversión (0,82%) Meta 4,5%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta <=10%
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución rendimiento financiero (108,87%) Meta 70%
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos (3) Meta 3
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas (0,02 días) Meta <=10 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3) Meta 3
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación (99,56%) Meta 90%
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (9,3 días) Meta 15 días
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (10,09 días) Meta 20 días
- ✓ 100% Porcentaje de reportes del área de gestión contractual elaborados oportunamente
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG

	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 11	

3.5 Gestión contable

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

Avanzado

- ✓ 84% Porcentaje de informes entregados a contabilidad para cierre
- ✓ 100% Porcentaje del costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso (75,61% Meta <=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 cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO

3.6 Gestión comercial y del ingreso

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

Avanzado

- ✓ 81% Porcentaje de contratos gestionados
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento en las metas de recaudo
- ✓ 100% Porcentaje de entidades adheridas al proyecto de autorizaciones (91,42%) Meta >=90%
- ✓ 100% Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP (1,53 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Propuesta de un plan de ampliación del modelo de contratación (PGP)
- ✓ 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
- ✓ 100% Informe de ranking de las entidades contratadas
- ✓ 100% Informe sobre mecanismo adicional de contratación (Conjunto de atención integral, entre otros)
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCI
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCI

Insuficiente:

- ✗ 0% el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GCI
Acciones de mejora sin cerrar: Mes de julio una (1) acción de mejora Oficina Asesora de Planeación. Mes de Agosto una (1) acción de mejora Oficina Asesora de Planeación. Mes de septiembre una (1) acción de mejora Oficina Asesora de Planeación

3.7 Gestión de la tecnología

	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 11	

Para el tercer trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 79%:

Avanzado

- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE
- ✓ 96% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de Plan de Mantenimiento preventivo de equipos médicos
- ✓ 100% Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (5x10)
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP
- ✓ 100% Ejercicios de vigilancia tecnológica
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de verificación
- ✓ 100% Porcentaje de incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos (0,06%)
- ✓ 100% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III) (1,07 días) Meta <= 8 días
- ✓ 100% Tiempo de parada por daño de tecnología (tecnología de riesgo I y IIA) (5,95 día)) Meta <= 8 días
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTE

Insuficiente:

- ✗ 0% Tiempo promedio de resolución (16,53 días) Meta <= 8 días
- ✗ 0% Tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (58,43 horas) Meta <= 6 horas
- ✗ 11% Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica (8,50%) Meta 75%
- ✗ 50% Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GTE
- ✗ Acciones de mejora sin cerrar: Para el mes de Julio una (1) acción de mejora a cargo del Grupo Area Gestión Biomédica y Almacén
- ✗ 50% Porcentaje de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente
- ✗ Estudios previos sin entregar: Para el mes de Julio no se recibió un (1) ítem por parte del Grupo de Aplicaciones

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

% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de proceso: 93%

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

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

% de cumplimiento en la entrega de estudios previos: 44%

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