

	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 13			

Fecha del Informe:	02/08/2018
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual II 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 13			

2. RESULTADOS

Nivel de desempeño

14 Procesos		Insuficiente	Satisfactorio	Avanzado
		0-59%	60-74%	75-100%
	Gestión del sistema de desempeño institucional		74%	
	Diagnóstico y estadificación			87%
	Unidades funcionales de tratamiento	44%		
	Gestión de apoyo clínico	55%		
	Docencia	59%		
	Investigación			90%
	Salud pública			97%
	Gestión y desarrollo del talento humano			85%
	Gestión hotelera y ambiental			87%
	Gestión de archivo y documental			91%
	Gestión del gasto			90%
	Gestión contable			89%
	Gestión comercial y del ingreso			93%
	Gestión de la tecnología			78%
Puntaje promedio INC		80%		

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 80% 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 segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 74%:

	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 13	

Avanzado

- ✓ 75% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
Para el mes de Mayo no se recibieron dos (2) reportes por parte supervisor Asesoría de Calidad uno (1), Asesoría de Comunicaciones uno (1)
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso.
Oficina Asesora de Calidad Uno (1), Oficina Asesora Jurídica un (1) indicador sin análisis
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso.
Para el trimestre un (1) indicador pendiente por cargar
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Sesiones del observatorio epidemiológico de cáncer
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de acciones comunicativas
- ✓ 100% Documento técnico que contenga 3 líneas de intervención

Satisfactorio

- 64% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso.
Mes de mayo se registra cinco (5) acciones de mejora sin cerrar: Oficina Asesora de Calidad Cuatro (4), Oficina Asesora Jurídica Una (1). Mes de Junio se registra tres (3) acciones de mejora sin cerrar Oficina Asesora de Calidad Tres (3)

Insuficiente

- ✗ 0% Documento del estudio de prórroga de la planta temporal. (No registra dato ni análisis)
- ✗ 35% Ejecución de la FASE II Proyecto BI
- ✗ 50% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente.
Estudios previos sin entregar: Para el mes de Mayo no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de la Asesoría de Calidad.

2 PROCESOS MISIONALES

2.1. Diagnóstico y estadificación

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%:

Avanzado

- ✓ 87% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
Para el mes de Junio no se recibieron ocho (8) reportes por parte supervisor: Grupo Patología Oncológica Asesoría de Calidad tres (3), Grupo Medicina Nuclear tres (3), Grupo Radiofarmacia dos (2).
- ✓ 87% Oportunidad en confirmación diagnóstica y estudios complementarios (22,5 días). Meta ≤ 20 días
Se determina una proporción del 10% por encima de la meta para calificar la gestión, es decir 2,25 días, es decir un cumplimiento del 87% sobre la meta de 20 días.
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso.
 - a. Para el trimestre dos (2) indicadores pendientes por cargar, 5 indicadores sin análisis
- ✓ 100% Gestión de los incidentes relacionados con reactovigilancia (0 casos en el trimestre)
- ✓ 100% Funcionarios y colaboradores capacitados en el programa de atención integral oncológica segura capacitados del proceso DYE
- ✓ 100% Oportunidad diagnóstico de Patología. (6,33 días). Meta ≤ 7 días

	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 13	

- ✓ 100% Oportunidad en la toma de PET (1,92 días). Meta Máx. 20 días
- ✓ 100% Oportunidad servicios de imagenología (3,1 días). Meta Máx. 10 días
- ✓ 100% Cumplimiento de la meta (30 min) en entrega de resultados de Laboratorio a GAICA (187,3).
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento

Satisfactorio

- 67% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente.
Para el mes de Mayo no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de Grupo Medicina Nuclear.

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (37,48 días). Meta máx. 15 días

2.2.Unidades funcionales de tratamiento

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 44%:

Avanzado

- ✓ 87% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (73,67%) Meta 85%
- ✓ 88% Índice Global de Infecciones (9) Meta $\leq 8\%$
Se determina una proporción del 10% por encima de la meta para calificar la gestión, es decir 0.99% para un cumplimiento del 88% sobre la meta de $\leq 8\%$.
- ✓ 94% Oportunidad de inicio de tratamiento en Radioterapia desde la Autorización (15,92) Meta Min. 10, Est. 15, Máx. 30
De acuerdo al rango estándar de 15 días, el indicador está por encima de este 6%, por lo que se calcula la proporción de acuerdo al cumplimiento con base al rango máximo de 30.
- ✓ 99% Adherencia al protocolo de lavado de manos (79,30%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Evaluación desempeño unidades funcionales existentes
- ✓ 100% E-Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia (Días) (34,31) Meta Min. 30, Est. 45, Máx 60
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)
- ✓ 100% Disponibilidad del servicio para funcionamiento
- ✓ 100% Cobertura de pacientes adultos nuevos en programa
- ✓ 100% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente

Satisfactorio

- 60% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
Para el mes de Junio no se recibieron dos (2) reportes por parte supervisor del Grupo Area Oncología Radioterápica.
- 70% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA
Para el trimestre diez (10) indicadores sin cargue, 19 sin análisis.

Insuficiente

- ✗ 0% Tasa Global del Evento Adverso (66,63) Meta ≤ 2
- ✗ 0% Tasa de úlceras por presión (4,44) Meta Máx. 2

	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 13	

- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento (Institucional) (57,26) Meta <=50 días
- ✖ 0% Funcionarios (coordinadores) capacitados en farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia (datos y análisis no son congruentes)
- ✖ 0% Eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia (no registra análisis ni evidencia, por lo que se requiere soportar los datos registrados)
- ✖ 37% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso
Mes de abril se registra cuatro (4) acciones de mejora sin cerrar: Grupo Hemato Oncología Dos (2), Gestión a Usuarios Una (1), Oficina Asesora de Calidad Una (1). Mes de Mayo se registra cuatro (4) acciones de mejora sin cerrar Grupo Hemato Oncología Dos (2), Oficina Asesora de Calidad Una (1), Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria Una (1). Mes de Junio se registra nueve (9) acciones de mejora sin cerrar Grupo Hemato Oncología Dos (2), Oficina Asesora de Calidad Tres (3), Salas de Cirugía y Medicina Peri Operatoria Una (1), Grupo Area Enfermería Oncológica Una (2), Grupo Servicios Farmacéuticos Una (1).
- ✖ 58% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso.
72 indicadores sin cargar a tiempo.

Sin registro de datos, ni análisis

- 0% Seguimiento de implementación Unidad Hospitalaria para linfomas y Leucemias Agudas Adultos
- 0% Informe con seguimiento a la unidad de Linfoma cutánea y desarrollo el programa fotoféresis extracorpóreo presentado
- 0% Formulación del Proyecto de implementación la unidad de Mieloma Múltiple
- 0% Proyecto de Unidad de seguimiento presentado
- 0% Ejecución del proyecto del servicio de medicina Perioperatoria
- 0% Curso pedagógico diseñado y presentado
- 0% Intervenciones realizadas por farmacia
- 0% Modelo de atención de cuidado paliativo para el INC implementado

2.3. Gestión apoyo clínico

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 55%:

Avanzado

- ✓ 77% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso.
Grupo GAICA cuatro (4) indicadores sin cargar, Grupo Gestión a Usuarios un (1) indicador sin cargar, Grupo Gestión Hospitalaria tres (3) indicadores sin cargar, Grupo Servicios Farmacéuticos cuatro (4) indicadores sin cargar.
- ✓ 80% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso.
Para el trimestre siete (7) indicadores sin cargar, 8 sin análisis
- ✓ 82% Productividad hospital día - giro silla (2,06) Meta 2,5
- ✓ 92% Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días (1,94) Meta <=1,8% (Error en el cargue mes de mayo)
Se determina una proporción del 10% por encima de la meta para calificar la gestión, es decir 0,14 para un cumplimiento del 92% sobre la meta <=1,8%
- ✓ 96% Cobertura del plan de egreso hospitalario (77,11%). Meta >=80%
- ✓ 100% Eventos prevenibles reportados y gestionados de farmacovigilancia y tecnovigilancia

	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 13	

- ✓ 100% Proporción de remisiones no utilizadas (5,31%) Meta Mín. 10%

Satisfactorio

- 64% Gestión operativa de pacientes con estancia prolongadas GAICA (96,14%) Meta 100%. No registra dato ni análisis del mes de Junio
- 67% Oportunidad en la respuesta de respuesta a la solicitud de remisión: abril: 32,26 horas = 100%, mayo: 25,46 horas = 100%, junio: no registra = 0%. Meta <= 48 horas.
- 69% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
Para el mes de Mayo no se recibió un (1) reporte por parte supervisor del Grupo Banco de Sangre. Para el mes de Junio no se recibió un (1) reporte por parte de supervisor del Grupo de Esterilización

Insuficiente

- ✗ 0% Mesas de trabajo para revisar las dificultades presentadas con las EPS. No registra dato ni análisis
- ✗ 0% Farmacovigilancia (Gestión de sospechas de reacciones adversas a medicamentos) (2,81) Meta <=2.
- ✗ 0% Cumplimiento del plan de atención al ciudadano. No registra dato ni análisis.
- ✗ 0% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente.
Para el mes de Abril no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de Grupo de Servicios Farmacéuticos.
- ✗ 22% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAC.
Mes de abril se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia. Mes de Mayo se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia. Mes de Junio se registra una (1) acción de mejora sin cerrar a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia
- ✗ 33% Gestión eficiente de pacientes con estancia prolongadas hospitalización (33%) Meta 100% No registra dato ni análisis del mes de mayo y junio

2.4 Docencia

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 59%:

Avanzado

- ✓ 75% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso.
Grupo área Docencia un (1) indicador sin cargar.
- ✓ 100% Satisfacción de las practica formativas (92,85%) Meta 90%
- ✓ 100% Cumplimiento de gestión de convenios (98,93%) Meta 95%
- ✓ 100% Implementación del proyecto de modernización y ampliación de salas académica.
- ✓ 100% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente
- ✓ 100% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)

Satisfactorio

- 69% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso.
Para el trimestre cinco (5) indicadores sin cargar, 6 sin análisis.

Sin registro de datos, ni análisis

- 0% Curso de Extensión redacción de artículos científicos. No registra dato ni análisis
- 0% Curso competencia docente. No registra dato ni análisis

	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 13	

- 0% Resolución del reglamento estudiantil actualizado. No registra dato ni análisis
- 0% Grupos ajustado a la capacidad docente. No registra dato ni análisis

2.5 Investigación

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

Avanzado

- ✓ 91% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente.
Para el mes de abril no se hizo entrega de un (1) ítem por parte del Grupo de Investigación de Biología del Cáncer.
- ✓ 100% Cursos efectuados de escritura de artículos científicos
- ✓ 100% Documento de estatutos de la red nacional de investigación en cáncer firmados (0,5) Meta 0,5
- ✓ 100% Informe medición calidad de vida
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso

Satisfactorio

- 63% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
Para el mes de abril no se recibió un (1) reporte por parte supervisor. Para el mes de Junio no se recibió un (1) reporte por parte supervisor de Grupo Area de Investigaciones.

Insuficiente

- ✗ 56% Estudios de investigación cerrados (33,33%) Meta $\geq 60\%$

2.6 Salud pública

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%:

Avanzado

- ✓ 100% Documento técnico de prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11% a partir de la ECV 2016
- ✓ 100% Servicios de mamografía con asistencia técnica (2) Meta 2
- ✓ 100% Documento Estudio de factibilidad de Telemedicina
- ✓ 100% Informe tasa de supervivencia para el periodo
- ✓ 100% Boletín publicado en página web institucional
- ✓ 100% Exhortos cumplidos (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe de monitoreo de medios mensual (3) Meta 3
- ✓ 100% Documento técnico de Modelo de vigilancia de servicios oncológicos en el país
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
- ✓ 100% estudios previos del proceso SPB 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 8 de 13	

Satisfactorio

- 67% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
Para el mes de abril no se recibió un (1) reporte por parte supervisor

3 PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

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

Avanzado

- ✓ 75% Estudios previos del proceso GTH entregados oportunamente
Para el mes de Mayo no se hizo entrega de nueve (9) ítems
- ✓ 76% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
Para el mes de abril no se recibió un (1) reporte por parte supervisor del Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo. Para el mes de Junio no se recibió tres (3) reportes por parte supervisor del Grupo Bienestar y Capacitación.
- ✓ 86% Porcentaje de cobertura de los talleres de inducción y reintroducción
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso.
Para el trimestre tres (3) indicadores sin cargue, 5 sin análisis.
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso.
Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo un (1) indicador sin análisis
- ✓ 100% Programa de incentivos
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de incentivos individual y en equipos de trabajo (provisionales)
- ✓ 100% Actualización del Plan de capacitación
- ✓ 100% Ejecución al plan de capacitación (32,71%) Meta 30%
- ✓ 100% Informe seguimiento plan de vacantes del periodo anterior
- ✓ 100% Informe seguimiento a la concertación de objetivos 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 honorarios a personal de externalizado
- ✓ 100% Informe de ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones
- ✓ 100% Informe de seguimiento del plan de bienestar
- ✓ 100% Informe de medición del nivel de satisfacción de las actividades programadas por bienestar por actividad
- ✓ 100% Nivel de satisfacción de actividades de Bienestar (95,77%) Meta 90%
- ✓ 100% Documento Plan de intervención con base en las 4 principales causas identificadas
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del programa para la promoción del liderazgo (33,33%) Meta 30%
- ✓ 100% Informe seguimiento inducción
- ✓ 100% Informe de auditoría a empresas tercerizadas
- ✓ 100% Porcentaje de personal con recomendaciones de enfermedad laboral (73,85%) Meta 50%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) (97,52%) Meta 90%
- ✓ 100% Campaña de divulgación procedimiento de reporte de accidentes e incidentes laborales
disminución de la enfermedad laboral
- ✓ 100% Informe de la medición de clima y riesgo 2017 con base en las 4 principales causas identificadas

	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 13	

- ✓ 100% Ejecución del Plan de intervención de ausentismo para disminución (37,5%) Meta 30%
- ✓ 100% Informe de seguimiento a los estándares de Acreditación (3) Meta 3

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de la liquidación de salario personal de prestación de servicios.
Cumple con la meta en 2 de los 3 periodos programados
- 71% Ejecución del plan de Bienestar (21%) Meta 30%

Insuficiente

- ✗ 0% Informe del impacto financiero y presupuestal del plan de vacaciones.
Se adjunta el informe del plan de vacaciones pero no la evidencia de que fue presentado ante la dirección general.
- ✗ 0% Porcentaje de ejecución de los talleres de inducción y reinducción. No registra dato ni análisis
- ✗ 0% Índice de accidentalidad (dato acumulado)
Incremento en la tasa de accidentalidad respecto al año anterior, por lo que no cumple con la meta de disminuir.
- ✗ 0% Informe de ausentismo laboral elaborado y presentado al comité directivo.
No anexan evidencia de que el informe fue presentado en comité directivo.

3.2 Gestión hotelera y ambiental

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%:

Avanzado

- ✓ 80% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
Para el mes de mayo no se recibieron dos (2) reporte por parte supervisor Grupo Gestión de la Infraestructura uno (1) y Grupo de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero uno (1). Para el mes de Junio no se recibió tres (3) reportes por parte supervisor Grupo Area Gestión Hotelera y Ambiental uno (1) y Grupo Gestión de la infraestructura dos (2)
- ✓ 85% Implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo
- ✓ 86% Ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo.
- ✓ 90% Satisfacción del servicio de Alimentos (85,56%) Meta 95%
- ✓ 98% Ejecución del cronograma PIGA
- ✓ 100% Implementación de tecnología LED (dato acumulado) (65,60%) Meta 30%
- ✓ 100% Número de unidades sanitarias instaladas (9) Meta 8
- ✓ 100% Proyecto de energía eléctrica en el edificio consulta externa
- ✓ 100% Un informe de la evaluación del proyecto desde el punto de vista de infraestructura
- ✓ 100% Cumplimiento de los(15) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015 y realizar prueba piloto
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de actividades contratadas
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales
- ✓ 100% Formular planes PMR y PEMP (25%) Meta 25%
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE (38%) Meta 25%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de mantenimiento (94%) Meta 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME	VIGENCIA:	05-07-2017
		Página 10 de 13	

- ✓ 100% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97,33%) Meta 95%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de vigilancia (99%) Meta 95%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de lavandería (99%) Meta 95%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso

Satisfactorio

- 60% Implementación de la fase III de señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC (15%) Meta 25%
- 67% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GHA
Mes de Junio se registra tres (3) acciones de mejora sin cerrar, Grupo Gestión Hotelera dos (2), Grupo Gestión de la Infraestructura una (1).

Insuficiente

- ✗ 0% Estudio previo aprobado en el comité interno de obras.
Estudio previo tiene fecha 2 de mayo compromiso POA programado para el mes de Abril
- ✗ 26% Estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente
Para el mes de abril no se hizo entrega de dos (2) ítems por parte del Grupo de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero. Para el mes de mayo no se hizo entrega de un (1) ítem por parte de Grupo de Gestión de la Infraestructura y seis (6) ítems por parte del Grupo de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero. En el mes de Junio no se hizo entrega de tres (3) ítems por parte del Grupo Area Gestión Hotelera y Ambiental.

3.3 Gestión de archivo y documental

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

Avanzado

- ✓ 100% Capacitación en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo (1) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel
- ✓ 100% Boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental (3) Meta 3
- ✓ 100% Implementación Fase II (de la vigencia futura) del Proyecto de Gestión Documental
- ✓ 100% Implementación Fase III del Proyecto de Gestión Documental
- ✓ 100% Capacitaciones realizadas en el componente módulo de archivística y gestión documental (2) Meta 2)
- ✓ 100% Auditoría en archivos de Gestión (25) Meta 25
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso

Insuficiente

- ✗ 0% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
Para el mes de mayo no se recibió un (1) reporte por parte supervisor

	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 13	

3.4 Gestión del gasto

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

Avanzado

- ✓ 88% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
Grupo Presupuesto un (1) indicador sin análisis, Gestión Contractual un (1) indicador sin cargar
- ✓ 93% Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos) (65%) Meta 70%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
En el trimestre dos (2) indicadores sin cargue ni análisis
- ✓ 98% Cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección (97,55%)
Meta 100%
- ✓ 100% Gastos no programados en funcionamiento (0.24) Meta 3%
- ✓ 100% Gastos no programados en operación comercial (0.73) Meta 3%
- ✓ 100% Gastos no programados en inversión (1.17) Meta 3%
- ✓ 100% Razonabilidad de los inventarios (0%) Meta <=10%
- ✓ 100% Ejecución rendimiento financiero (100%) Meta 40%
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos. (3 informes)
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas. (0.03) Meta <=10 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes)
- ✓ 100% Ejecución del PAC - Recurso Nación (99,97%) Meta 90%
- ✓ 100% Proporción de Ítem Adjudicados (60,78%) Meta 60%
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones (6,85 días). Meta 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados (9,64 días) Meta 20 días
- ✓ 100% Reportes del área de gestión contractual elaborados oportunamente
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso

Insuficiente:

- ✗ 0% Ítems no programados en el plan anual de adquisiciones inicial (11,69%) Meta <=10%
- ✗ 27% Ítems Adjudicados no programados (26,79%) Meta 100%

3.5 Gestión contable

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 89%:

Avanzado

- ✓ 80% Informes entregados a contabilidad para cierre
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
En el trimestre un (1) indicador sin cargue ni análisis
- ✓ 100% Costo con respecto al total de ingresos menor o igual al 80% del total de ingreso (39,67%) Meta <=80%
- ✓ 100% Informes generados de análisis de cuentas relevantes de los estados financieros
- ✓ 100% Informes contables generados
- ✓ 100% Declaraciones presentadas
- ✓ 100% Mesas de trabajo realizadas
- ✓ 100% Sugerencias de revisoría fiscal aceptadas

	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 13	

- ✓ 100% Sugerencias de revisoría fiscal aceptadas y gestionadas
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso

Insuficiente:

- ✗ % Dictamen de revisoría fiscal. No registra dato ni análisis

3.6 Gestión comercial y del ingreso

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

Avanzado

- ✓ 84% Satisfacción de ERP (80%) Meta 95%
- ✓ 100% Entidades adheridas al proyecto de autorizaciones (94,28%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP (1,79 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Ejecución del plan de mercadeo (40%) Meta 40%
- ✓ 100% Informe de evaluación del nuevo modelo de contratación PGP
- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de recaudo
- ✓ 100% Cumplimiento del plan integral a la cartera
- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación
- ✓ 100% Radicación de la facturación del mes anterior (96,68%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Documento con la definición de criterios para priorizar gestiones con las ERP
- ✓ 100% Informe de ranking de las entidades contratadas
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso

Insuficiente:

- ✗ 50% Ejecución del plan de intervención de la glosa
- ✗ 57% Contratos gestionados

3.7 Gestión de la tecnología

Para el segundo trimestre de 2018, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 78%:

Avanzado

- ✓ 78% Estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente
Para el mes de Abril no se hizo entrega de un (1) ítem por parte Grupo de Aplicaciones. Para el mes de Mayo no se hizo entrega de cuatro (4) ítems: Grupo de Aplicaciones un (1) ítem, Grupo Soporte Redes y Hardware tres (3) ítems. Para el mes de Junio no se hizo entrega de un (1) ítem por parte Grupo Soporte Redes y Hardware.
- ✓ 89% Cumplimiento de actividades ejecutadas del macro proyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (26,67%) Meta 30%
- ✓ 92% Avance de ajuste de la historia clínica
- ✓ 94% Especificaciones técnicas elaboradas
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
En el trimestre un (1) indicador sin cargar, dos (2) sin análisis
- ✓ 100% Documento con definición del alcance y presupuesto de automatización de gestión del gasto
- ✓ 100% Documento de la definición de la infraestructura

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

- ✓ 100% Avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática
- ✓ 100% Avance de Estrategia para la medición de tecnologías de la información y la comunicación
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,93%) Meta $\geq 98\%$
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP (99,80%) Meta $\geq 98\%$
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (653,55 Milisegundos) meta ≤ 1500
- ✓ 100% Incidentes de seguridad con impacto en la operación gestionados
- ✓ 100% Ejercicios de vigilancia tecnológica (2) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento de Plan de Mantenimiento preventivo de equipos médicos (93,27%) Meta 50%
- ✓ 100% Cumplimiento de las rutinas de mantenimiento (99,62%) Meta 50%
- ✓ 100% Tiempo de parada por daño de la tecnología (tecnología de niveles I y IIA) (3,51 días) Meta ≤ 8 días
- ✓ 100% Tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (2,81 días) Meta ≤ 8 días
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso

Satisfactorio

- 68% Disponibilidad de los Sistemas de información (5x10) (66,38%) Meta $\geq 98\%$
Mes de Junio no registra dato ni análisis

Insuficiente:

- ✗ 0% Tiempo de resolución (11,33 días) Meta ≤ 8 días
- ✗ 0% Tiempo de parada sobre tiempo de uso (tecnología de niveles IIB y III) (106,2 horas) Meta ≤ 6 horas
- ✗ 11% Cumplimiento del programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica (5,56%) Meta 50%
- ✗ 13% Índice de incidentes y eventos adversos asociados con el uso de dispositivos médicos (12,52%) Meta 100%
- ✗ 35% Ejecución de la FASE II Proyecto BI
- ✗ 37% Avance Implementación FASE I software de Patología
- ✗ 59% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
Para el mes de mayo no se recibieron tres (3) reporte por parte supervisor Grupo Ingeniería Biomédica.
Para el mes de Junio no se recibieron dos (2) reportes por parte supervisor Grupo Ingeniería Biomédica

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

% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de proceso: 91%
 % cumplimiento de cargue y análisis de indicadores poa: 92%
 % de cierre de acciones de mejoramiento del proceso: 77%
 % de cumplimiento en la entrega de estudios previos: 69%
 % de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría): 67%

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