



Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Informe seguimiento y evaluación Plan Operativo Anual POA II trimestre 2016



Carolina Wiesner Ceballos
Directora General (e)



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia**

Por el control del cáncer

Misión

Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

Visión

En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.

Principios

- El buen trato
- La vocación del servicio
- El trabajo en equipo
- La oportunidad de nuestras acciones
- La seguridad de nuestras acciones
- La orientación a resultados

Valores

- El compromiso con la Institución y su misión
- La responsabilidad sobre nuestros actos
- La transparencia de nuestro actuar
- La consideración por las condiciones y necesidades de los demás
- La creatividad como base de la innovación y la creación de conocimiento

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

El Plan Operativo Anual 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.

El plan operativo 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

COMPONENTES	EJES	LÍNEAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	METAS	INDICADORES	ESTRATEGIAS
	Objetivos del control del cáncer	Prevención	3	8	8	12
		Detección temprana	2	18	18	11
		Tratamiento	3	7	7	18
		Cuidado paliativo	1	2	2	5
	Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	6	20	20	31
		Investigación	4	6	6	22
		Docencia	2	8	9	8
		Salud Pública	2	12	12	9
	Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	2	7	7	22
		Gestión del talento humano	3	17	18	25
		Gestión de la tecnología	3	20	20	15
		Gestión de imagen corporativa	6	25	25	45
	TOTAL	3	12	37	150	152
						223

Fecha del Informe: 31 de agosto de 2016	Periodo de evaluación: II trimestre 2016
Objetivo Evaluar el cumplimiento del Plan Operativo Anual de los proceso para el II trimestre de 2016	
Proceso: GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO GESTIÓN HOTELERA Y AMBIENTAL GESTIÓN DE ARCHIVO Y DOCUMENTAL GESTIÓN DEL GASTO GESTIÓN CONTABLE GESTIÓN COMERCIAL Y DEL INGRESO GESTION DE LA TECNOLOGÍA DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO GESTIÓN APOYO CLÍNICO DOCENCIA INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA	

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 SIAPINC IV.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

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

Resultados

1. RESULTADOS POA II TRIMESTRE

PROCESO		% CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE
GSI	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	60%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	52%
UFT	Unidades Funciones de Tratamiento	52%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	49%
DOC	Docencia	95%
INV	Investigación	66%
SPB	Salud Pública	81%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	89%
GHA	Gestión Hotelera y Ambiental	86%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	65%
GDG	Gestión del Gasto	81%
GCO	Gestión Contable	66%
GCI	Gestión Comercial y del Ingreso	83%
GTE	Gestión de la Tecnología	69%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		71%

1.1 SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento parcial en los compromisos propuesto del 60%.

- ✓ 100% Terminar y presentar proyecto de cargas laborales, proyecto entregado y presentado en comité directivo del 28 de junio 2016.
- ✓ 100% Implementar el proyecto de capacidad instalada, proyecto entregado y presentado a la Subdirección Administrativa, Tecnología Biomédica y Gestión de Infraestructura, el 19 de julio 2016.
- ✓ 100% Difusión videos de donaciones en redes sociales.
- ✓ 100% Difusión videos de donaciones en espacios institucionales y canales alternos.

- ✓ 100% Continuar cuarta temporada vida y cáncer radio 45 emisiones.
- ✓ 100% Producción de video clips.
- ✓ 100% Realizar el diseño para impresión del portafolio de servicios del INC.
- ✓ 100% Plan de mejora estándares de acreditación, fue realizado en el mes de abril, se cuenta con los planes de mejora del quinto ciclo de autoevaluación con cada uno de los estándares (Direccionamiento, Gerencia, Gestión de la Tecnología, Cliente asistencial - PACAS, Ambiente físico y talento humano).
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura del autocontrol, durante el segundo trimestre de 2016 la Oficina de Control Interno ejecutó el 100% las actividades planeadas para el fomento de la cultura del auto control incluyendo la publicación del clip del control en el boletín institucional y el envío del folleto del auto control a todos los servidores del INC.
- ✓ 100% Auditorías Internas de Calidad y demás auditorías/seguimientos de ley de responsabilidad de la OCI, la Oficina de Control Interno programó realizar 21 actividades de auditoria interna y seguimiento, lográndose ejecutar el 100%.
- ✓ 100% Seguimiento a los planes de Mejoramiento, (159 acciones) cumpliéndose con la meta de este indicador. Esto obedece al hecho que los responsables de Grupos y/o Áreas, atendieron las visitas de seguimiento y se dejó como evidencia las actas, tanto de las atendidas como las no atendidas. Así mismo, se envió correos a los responsables de acciones de mejora vencidas en la Plataforma de Planes de Mejora del SIAPINC 4, para que allegaran las evidencias a través del aplicativo de Planes de Mejora.
- ✓ 100% Seguimiento a la efectividad de los controles definidos para los riesgos de los procesos.
- ✓ 100% Seguimiento a la implementación de acciones correctivas sobre hallazgos.
- ✓ 100% Definir las metas de seguimiento y cumplimiento a cada componente de responsabilidad social.
- ✓ 100% Cumplimiento en la entrega de informes institucionales internos y externos,
 1. Plan Estratégico Sectorial de Desarrollo Administrativo I versión el 2 mayo y II versión con seguimiento el 24 mayo
 2. Informe al Congreso 20 de junio
 3. Informe a la Contraloría. En plataforma STORM-SIRECI 23 febrero 2016
 4. informe de gestión. 22 febrero publicado en la página web
- ✓ 96% Seguimiento al cumplimiento de tareas de los comités priorizado.
- ✓ 90% Porcentaje de avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- ✓ 80% Plan de acción Gobierno en Línea 2016, Se cuenta con documento preliminar del plan de acción de Gobierno en Línea para el periodo 2015-2018. Pendiente reunión con grupo Gobierno en Línea INC para socialización y aprobación.
- ✓ 80% Consolidar, presentar y hacer seguimiento al plan de producción y ventas del INC para la vigencia 2016-2017, en conjunto con el área comercial.
- ✓ 79% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI.
- ✓ 78% seguimiento del cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el avance de cumplimiento del INC a la Ley 1712 de 2014, Decreto 1081 de 2015 y Resolución 3564 de 2015, durante el segundo trimestre de 2016 fue del 80%.
- ✓ 76% Seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) 2016.

- ✓ 75% Implementar la metodología de gestión de proyectos a nivel institucional, se encuentran en curso las siguientes actividades:
 - 1) Revisión del Procedimiento (80% avance, pendiente aval y publicación), indicadores y mapa de riesgos.
 - 2) Control de iniciativas de proyectos.
 - 3) Presentación del anteproyecto de presupuesto.
 - 4) Gestión administrativa de los proyectos en curso. 5) Desarrollo de las capacitaciones programadas.
- ✓ 75% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GSI, 3 acciones de planes de mejora cerradas, 1 acción vencida.
- ✓ 67% Continuar producción programa Vida y Cáncer TV 25 capítulos, se han ejecutado seis programas institucionales de los 9 proyectados, debido a demoras en el proceso de contratación que se obtuvieron al comenzar el primer trimestre del año en curso, razón por la cual retrasó las emisiones pactadas.
- ✓ 50% Diseño de plan de humanización, el documento de humanización fue elaborado y sujeto de aprobación por el grupo Directivo, se cuenta con el documento final revisado por la Dirección en el mes de Junio, por lineamientos de la dirección se debe articular con la política de prestación de servicios a cargo de la Subdirección médica.
- ✓ 43% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI.
- ✓ 33% Cierre a planes y acciones de mejora.
- ✓ 31% Porcentaje del conocimiento de transparencia institucional, fue realizado en el mes de junio, se cuenta con la evaluación en los componentes de contratación, procesos administrativos, riesgos, talento humano, ética, participación ciudadana y control.
- ✓ 30% Cruzar la cuenta de alto costo (Diagnóstico y Estadio) con la información de SAP tomando los primeros doscientos pacientes del mes de Octubre de 2015, bajo el acompañamiento del grupo unidad de análisis, generando una línea base para el mejoramiento del registro.
- ✓ 30% Cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GSI.
- ✓ 20% Gestión efectiva de recursos de cooperación.

Pendientes por ejecutar:

- ✓ 0% Socialización de plan de humanización.
- ✓ 0% Socialización de proceso de control interno disciplinario.
- ✓ 0% Ajustar (con requerimientos de FURAG) e implementar instrumento de medición de transparencia empresarial.
- ✓ 0% Informe a la dirección sobre vulneración de los derechos a los pacientes.
- ✓ 0% Revisar y hacer visible el cumplimiento derechos a los pacientes mediante el análisis de las tutelas.
- ✓ 0% Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
- ✓ 0% Seguimiento al cumplimiento del Plan desarrollo Institucional 2015-2018.

1.2 DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 52% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 92% Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital.
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Diagnóstico y Estadificación.
- ✓ 62% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Diagnóstico y Estadificación.
- ✓ 60% Plan de optimización del servicio de patología, en junio, el coordinador de patología, presento propuesta a la Subdirección de Atención Médica, se solicitó presentarla como proyecto, está pendiente completar información de cronograma de actividades, presupuesto.
- ✓ 55% Adherencia al protocolo de lavado de manos.
- ✓ 50% Plan de optimización del servicio de medicina nuclear, en el mes de Junio se realiza propuesta la cual esta pendiente presentar a la Subdirección de Atención Médica y de acuerdo a esto se solicitara y si amerita presentarla como proyecto, se realizará cronograma de actividades.
- ✓ 50% Plan de optimización del servicio de Radiología, En el mes de Junio se realiza propuesta la cual está pendiente presentar a la Subdirección de Atención Médica y de acuerdo a su revisión y aprobación se presentará como proyecto.
- ✓ 50% Plan de optimización del servicio de laboratorio, en el mes de junio de 2016, la coordinadora de Laboratorio Clínico, presentó propuesta de optimización del servicio a la Subdirección, pendiente análisis y aprobación de la subdirección, para continuar proceso.
- ✓ 7% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).

Pendientes

- ✓ 0% Reporte de eventos relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, Los reportes presentados en el 2015 fueron 36, comparados con los 28 eventos reportados en marzo y abril de la vigencia 2016.

1.3 UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 52% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital.
- ✓ 100% Plan de optimización del servicio de medicina Perioperatoria, se presentó propuesta por parte de grupo de anestesia con el objetivo lograr una reducción marcada de la oportunidad quirúrgica de los pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, con una atención anestésico- quirúrgica acorde con las necesidades y exigencias de calidad.
- ✓ 100% Cumplimiento de lista de chequeo a contratos de mantenimiento.

- ✓ 100% Evaluación desempeño unidades funcionales existentes, se realiza seguimiento mensual de unidades funcionales de Mama, Ginecología y Colon- Recto, se cual se anexa acta de indicadores de gestión.
- ✓ 79% Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía.
- ✓ 74% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Tratamiento y Soporte.
- ✓ 72% Calidad del registro en historia clínica.
- ✓ 67% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso Tratamiento y Soporte.
- ✓ 61% Adherencia a la estrategia de lavados de manos.
- ✓ 50% Gestión de proyecto interfaz de SAP-AREA de Radioterapia.
- ✓ 49% Cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso UFT.
- ✓ 36% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Tratamiento y Soporte.

Pendientes

- ✓ 0% reporte de eventos relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia.
- ✓ 0% Plan de optimización del servicio de gastroenterología.
- ✓ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia.
- ✓ 0% Medición de calidad de vida en las unidades funcionales por Patología, de mama, gastro, urología y cirugía plástica
 1. Centro de educación por primera vez.
 2. Unidad funcional y cirugía Plástica (Mitad de Tratamiento según criterio).
 3. Grupo Soporte (En el momento de la remisión)
- ✓ 0% Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo.

1.4 GESTIÓN APOYO CLÍNICO

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento bajo del 49% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% cobertura plan de egreso hospitalario
- ✓ 100% en la programación y 75 % de cumplimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2016
- ✓ Componente Servicio al Ciudadano
- ✓ 70% de seguimiento del sistema de Referencia y Contrareferencia del INC
- ✓ 50% en la implementación del proyecto Quimioterapia 24/7
- ✓ 55% en la oportunidad y análisis de indicadores de proceso
- ✓ 55% en la oportunidad y análisis de indicadores del POA
- ✓ 58% acciones de mejora
- ✓ 50% cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso
- ✓ 44% en la entrega de reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo
- ✓ Productividad Hospital día (Giro Silla) = 46,78
- ✓ 17% de remisiones no utilizadas en esterilización
- ✓ 4% Porcentaje de inventarios (instituto vs instacount)

- ✓ 0% Porcentaje de incremento donación de sangre en funcionarios. 15 unidades en el año 2015 1 unidad en abril y 13 unidades en junio de 2016. 0.1%. No se ha logrado la meta de 16 donantes al 2016.
- ✓ Informe de seguimiento del Programa de hemovigilancia y auditoria transfusional
- ✓ 0% cumplimiento en el tiempo de espera para la consulta primera vez y control

Pendientes

- ✓ Medición de la oportunidad de alta temprana
- ✓ 0% de medición en la gestión de pacientes con estancia prolongadas

1.5 DOCENCIA

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 95% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Realizar dos cursos de extensión de redacción de artículos científicos, Seminario Taller "ELABORACIÓN Y ESCRITURA DE MANUSCRITOS CIENTÍFICOS: 40 horas - 7 sesiones - 15 personas certificadas
- ✓ 100% Obtención registro calificado programa Cirugía de Cabeza y Cuello, Resolución del Ministerio de Educación nacional N°02156 del 5 de febrero de 2016.
- ✓ 100% Aplicar la encuesta de evaluación de cumplimiento al 50% de las Institución Educación Superior, De 35 IES en convenio se le ha aplicado la encuesta por lo menos una vez a 14 (40%).
- ✓ 100% Aplicar la encuesta de satisfacción de evaluación a estudiantes en prácticas formativas y obtener un 90%.
- ✓ 100% Realizar el plan de educación continuada y el seguimiento al plan.
- ✓ 100% Realizar el estudio de capacidad instalada docente.
- ✓ 100% Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido.
- ✓ 100% Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido.
- ✓ 100% Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora.
- ✓ 100% Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos.
- ✓ 100% Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo.
- ✓ 91% Satisfacción en la disponibilidad y uso de espacios académicos al 90%.

1.6 INVESTIGACIÓN

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 66% en los compromisos programados para el periodo.

Estado de los compromisos	Número	% Avance
Compromisos Concluidos	8	47%
Con Avance Parcial	7	41%
Sin avance	2	12%
Anuales (Diciembre)	24	0%
Total Metas	41	

- ✓ 100% en la metodología para medir producción científica en términos de artículos, Se cuenta con metodología de puntaje de valoración de artículos científicos que fue avalada
- ✓ Documento del Plan de acción de cumplimiento de Indexación de la revista del INC al International Scientific Index

Nota: Con corte a dic 2015 se cumplía con 6 de 9 criterios de indexación en ISI, quedado pendientes:

- Editorial content,
- International diversity,
- Citation analysis
- ✓ Documento de responsabilidad social en investigación en el INC

Avance parcial:

- ✓ Documento del modelo de contratación de fellows en Investigación
- ✓ Documento diseño de modelo de contratación de PosDoc
- ✓ Diseño e Implementación del sistema de información para consulta Inventario de bases de datos disponibles en Instituto
- ✓ Línea de base de oportunidad en análisis de datos por la unidad de análisis
- ✓ Porcentaje de cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso INV
- ✓ Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)

1.7 SALUD PUBLICA

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento bajo del 81% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% elaboración de Policy Brief de advertencias sanitarias y aumento en el impuesto al cigarrillo
- ✓ 100% documento técnico elaborado con la estrategia de incidencia política para la reducción del consumo de tabaco del grupo área de salud pública
- ✓ 100% compilación de artículos sobre cesación tabáquica para profesionales de la salud en el país

- ✓ Informe de acciones en medios electrónicos para el control del tabaco -Primer semestre 2016 Sitio web www.nofumareslaactitud.com.
- ✓ 1 Hoja informativa, tema cigarrillo electrónico, publicada en la página web del INC.
- ✓ 49% de avance en el proyecto de investigación para el sector trabajador formal e informal en el uso de carcinogénicos (asbesto, sílice, benceno) en 40 talleres
- ✓ 100% diseño elaborado del Policy Brief del estado del arte del marco normativo de los cancerígenos ocupacionales en el país.
- ✓ Revisión de conceptos y búsqueda de literatura, para nota técnica pruebas de tamización de VPH.
- ✓ Reuniones efectivas con el INS para el porcentaje de reproducibilidad de citología
- ✓ Carex Colombia. Documento Publicado a la fecha 07 Julio 2016.
- ✓ SIVECAO. Documento Publicado a la fecha 07 Julio 2016
- ✓ 3 boletines publicados en página web sobre políticos publicas
- ✓ Publicación boletín en página web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación
- ✓ 100% de conceptos y observación enviados al Ministerio de Salud, sobre criterio de habilitación Resolución 2003 de 2014
- ✓ Acompañamiento de visita de recomendaciones para la habilitación para la UACAI del INC
- ✓ A la fecha se han verificado condiciones de habilitación en 25 servicios en 4 ciudades y 11 prestadores.
- ✓ La supervivencia Global por cáncer de estómago del INC, Cohorte 2012 con un total de 408 casos, en el primer año fue de 44,4% (227 muertes), en el segundo año 29,4% (288 muertes) y en el tercer año de 24,3% (310 muertes).
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso
- ✓ 100% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
- ✓ 28% cumplimiento en la entrega de estudios previos
- ✓ 100% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)

Pendientes

- ✓ 0% en la divulgación del modelo de cuidado del paciente
- ✓ 0% en la realización de capacitaciones sobre habilitación de servicios o unidades funcionales en el INC
- ✓ 0% Informe de verificación de condiciones técnico científicas de habilitación en los servicios del Instituto
- ✓ 0% en las asesoría técnica en Entes Territoriales

1.8 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 89% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Plan de capacitación actualización.
- ✓ 100% Seguimiento a las capacitaciones en el componente de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES).
- ✓ 100% Actualizar, ejecutar y hacer seguimiento al programa de incentivos a través del reconocimiento de los mejores equipos de trabajo en los Proyectos de aprendizaje en equipo (PAE), clima organizacional y actividades que contribuyan a la acreditación del instituto, mediante la Resolución 0165 de 2016 se adopta el plan de incentivo institucional para los empleados públicos de carrera administrativa, empleados de libre nombramiento y remoción, de cada uno de los niveles jerárquicos y mejores equipos de trabajo para el año 2016 del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.
- ✓ 100% Plan de vacantes, se elaboró plan de vacantes y fue aprobada mediante Resolución de 18 de mayo de 2016.
- ✓ 100% Informe seguimiento plan de vacantes, se realizó la gestión de las vacantes para el mes de junio donde hay que tener en cuenta la suspensión de las convocatorias de marzo 3 a junio 14 por tanto la plan de vacante solo se vio modificado por posesiones en encargos.
- ✓ 100% Incluir en el proceso de selección pruebas psicotécnicas, sujeto a asignación de presupuesto, la propuesta fue presentada en el mes de mayo al Grupo de Compras, se realizaron correcciones en el mes junio y actualmente se encuentra en curso. la fecha de cierre de la invitación a cotizar es el 4 de agosto. Se anexa justificación técnica.
- ✓ 100% Entregar nómina de planta dentro del cronograma establecido.
- ✓ 100% Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido.
- ✓ 100% Entregar órdenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido.
- ✓ 100% Entrega de facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Area Financiera, dentro de los términos establecidos.
- ✓ 100% Medir el porcentaje de gestión en el proceso de vacantes.
- ✓ 100% Elaborar, aprobar el Plan de Promoción y Liderazgo.
- ✓ 100% Diseñar plan de vacaciones, resolución número 0273 de 2016.
- ✓ 100% Armonización de las políticas del talento humano con empresas que prestan servicios externalizados, de acuerdo a los estándares de acreditación, se han realizado 21 reuniones con los diferentes socios estratégicos en los cuales se han tratado diferentes temas enfocados a la armonización de procesos.
- ✓ 100% Disminuir en 1,5% la tasa de accidentalidad, comparado con la vigencia anterior (2015).
- ✓ 100% Informe diagnóstico de enfermedades profesionales y comunes del INC funcionarios y colaboradores, se realiza y entrega informe de diagnóstico de enfermedades de origen común y profesional.
- ✓ 100% Desarrollar plan de intervención de ausentismo laboral (de acuerdo con diagnóstico), durante el mes de enero 2016 se observa que las áreas en donde se da mayor ausentismos por condición de salud son: enfermería oncológica, enfermería, dirección general, gestión ambiental -soporte hotelero y hospitalización. Siendo el grupo de enfermería oncológica en el que predomina mayor ausentismo con un 31.31%.

- ✓ 100% Campaña de divulgación procedimiento de reporte de accidentes e incidentes laborales, se realizó campaña de divulgación y sensibilización para la prevención de accidentes laborales la cual tuvo una cobertura del 50 % basados en la meta de funcionarios a capacitar por esta razón se debe incentivar la participación en la próxima campaña para obtener una cobertura del 100 % y garantizar que todo el personal reciba la información.
- ✓ 100% Realizar plan de trabajo con la ARL, se realizó el plan de trabajo con ARL positiva para el 2016 basados en la evaluación de la implementación del sistema de SST según decreto 1072 de /2015 en donde se plantearon un total de 137 actividades macros enfocadas a los riesgos prioritarios como son biológico, químico, desorden musculoesquelético, radiaciones ionizantes y psicosocial, estas actividades se agenda mensualmente de acuerdo al desarrollo de cada uno de los programas de vigilancia.
- ✓ 100% Registro y análisis de indicadores de POA, proceso GTH dentro del Periodo Estipulado
- ✓ 93% Ejecución y seguimiento al plan de trabajo con la ARL.
- ✓ 88% Cierre de acciones de mejora del proceso GTH.
- ✓ 78% Cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GTH
- ✓ 75% cumplimiento en los procesos de selección de personal realizados oportunamente, el bajo número de convocatorias relacionadas en los indicadores se debió a la suspensión de las convocatorias para nombramiento en provisionalidad en el mes de marzo y su re apertura se realizó en el mes de junio, de las invitaciones abiertas solo se requirieron en el trimestre 7 de las cuales dos quedaron desiertas y 1 con reclamaciones.
- ✓ 71% Ejecución del plan de recomendaciones, Dentro del plan se tenían establecidas 7 actividades enfocadas a capacitación, seguimientos recomendaciones, inspecciones , plan de trabajo individual, de las cuales se realizaron 5 por motivos de tiempo vacaciones, de los funcionarios.
- ✓ 60% Planes de mejora cerrados de investigaciones de accidentes de trabajo.
- ✓ 59% Registro de indicadores dentro del Periodo Estipulado para el proceso GTH.
- ✓ 50% Establecer el nivel de inglés para realizar un plan de mejoramiento en la formación del Recurso Humano Investigador.

Pendientes

- ✓ 0% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).

1.9 GESTION AMBIENTAL Y HOTELERA

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 86% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Gestionar el 100% de eventos adversos.
- ✓ 100% Línea base del tiempo de parada de tecnología de soporte
- ✓ 100% Aplicar y cumplir tres (03) estándares con trece (13) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015
- ✓ 100% Realizar seguimiento al cumplimiento de los servicios tercerizados (uno por cada aliado estratégico)
- ✓ 100% Gestionar y obtener el cierre del 100% de los siniestros institucionales.

- ✓ 96% Cumplir al 100% con las acciones del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA).
- ✓ 75% Gestionar la obtención de la licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural, sujeto a viabilidad legal.
- ✓ 74% Oportunidad de respuesta de mantenimiento correctivo, de acuerdo con la prioridad fijada.
- ✓ 40% Ejecutar la Fase I estándares de señalización en el INC.
- ✓ 39% Implementar la tecnología LED en 25% del instituto.
- ✓ 21% Ejecutar el plan de obras del proyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación.
- ✓ 11% Ejecutar el plan institucional de mantenimiento preventivo infraestructura.

1.10 GESTION DE ARCHIVO Y DOCUMENTAL

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 89% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Realizar dos capacitaciones masivas en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo dirigidas a todos los funcionarios del INC.
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAD.
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD
- ✓ 90% Ejecutar el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- ✓ 75% Auditar los archivos de gestión de los 20 grupos más relevantes que generan transferencias documentales.
- ✓ 61% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD.

Pendientes

- ✓ 0% Formular y ejecutar el Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel en su componente gestión documental.
- ✓ 0% Aprobación Modelo de certificación digital CertiMail.

1.11 GESTION DEL GASTO

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 81% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento, en gastos de funcionamiento se para el mes de junio se reflejan traslados presupuestales de \$241 millones, frente a un presupuesto aprobado de \$89.544, el % fue de 0.26%, el cual se encuentra dentro de los límites presupuestados de traslados.
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en operación comercial, para el mes de junio se adiciono el presupuesto de gastos de operación comercial por valor de \$15.043 millones. sin embargo no se realizaron traslados presupuestales durante el mes de junio.
- ✓ 100% Porcentaje de gastos no programados en inversión, 0,18 % de gastos no programados en inversión.

- ✓ 100% Medir el porcentaje de gastos no programados y reportar al comité de apoyo de la actividad contractual, de los 1.067 ítems del Plan Anual de Adquisiciones definidos para la vigencia 2016, se han adicionado 146 ítems, de acuerdo a las solicitudes realizadas por las áreas técnicas responsables de los procesos.
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos.
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas.
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas.
- ✓ 100% Definir y concertar con las áreas técnicas el cronograma del plan anual de adquisiciones.
- ✓ 100% Controlar la oportunidad de ejecución del plan anual de adquisiciones a través de los procesos de selección (convocatoria pública, invitación a cotizar y contratación directa).
- ✓ 100% Cumplir con los términos establecidos para la elaboración de los contratos.
- ✓ 100% Cumplir con los términos establecidos para la legalización de los contratos y notificación a los supervisores.
- ✓ 100% Cumplir oportunamente con los reportes a cargo del área de gestión contratación.
- ✓ 100% Presentar una propuesta que contribuya al mejoramiento del procedimiento de gestión contractual, mediante acta de comité de apoyo a la actividad contractual, efectuada el 21 de enero de 2016, se presentó la propuesta que contribuya al mejoramiento del procedimiento de gestión contractual.
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG.
- ✓ 100% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GDG.
- ✓ 70% Cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección.
- ✓ 68% Cumplir con los términos establecidos para la liquidación o elaboración de la certificación de ingresos vs pagos de los contratos.
- ✓ 39% Ejecutar el plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma.
- ✓ 38% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG.
- ✓ 33% Realizar esquema de seguimiento periódicos a la supervisión e interventoría del 100% de los contratos, Al 30 de junio de 2016, de los 135 contratos notificados debidamente a los supervisores, se recibieron 44 informes para un alcance de 32,59%.
- ✓ 27% Cumplir con los criterios normativos a nivel de gobierno con austeridad.
- ✓ 14% Ejecutar el plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma.

1.12 GESTION CONTABLE

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 66% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Generar información contable de forma oportuna y en los tiempos establecidos por la normatividad vigente (GCO-IND-07), se implementara memorando de solicitud de información a las distintas áreas, que alimentan los informes periódicos bajo cronograma específico.
- ✓ 100% Generar mesas de trabajo de acuerdo a los informes presentados por la revisoría fiscal.
- ✓ 100% Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido.
- ✓ 100% Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido.

- ✓ 90% Adoptar la normas NIIF de acuerdo a la resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación y demás normas.
- ✓
- ✓ 50% Realizar la parametrización del módulo de Costos de SAP con las variables actualizadas al 2015 e Implementar el modulo, con el acompañamiento de la consultoría del proveedor.
- ✓ 20% Obtener capacitación en tema de costos generales ABC, costos en salud, y manejo de costos en SAP a los funcionarios involucrados en el proceso.

Pendientes

- ✓ 0% Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo

1.13 GESTION COMERCIAL Y DEL INGRESO

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento parcial del 83% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 116% de cumplimiento en los rendimientos financieros
- ✓ 100% de implementación proyecto de autorizaciones (fase 1)
- ✓ 100% Puntos de facturación integrales centralizados
- ✓ 100% implementación del plan de sensibilización y educación a las ERP
- ✓ 100% entidades contratadas con medición de ranking
- ✓ 100% compensación de partidas abiertas
- ✓ 97% de reportes de facturación
- ✓ 92% Cumplimiento de actividades ejecutivos de cuenta
- ✓ 92% de satisfacción de ERP
- ✓ Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP a 1,42 días
- ✓ 100% de contratos gestionados
- ✓ 96% de radicación de cuentas mes anterior
- ✓ 96% Porcentaje de radicación de cuentas de dos meses antes
- ✓ 97% Porcentaje de radicación de cuentas de tres meses antes
- ✓ 88% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso
- ✓ 80% Porcentaje de autorizaciones gestionadas
- ✓ 685 cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI
- ✓ 50% homologación procedimientos No Pos
- ✓ 50% de glosa gestionada y conciliada
- ✓ 33% conciliación efectuada respondida dentro de los términos
- ✓ 0% medición del grado de satisfacción de orientación al usuario
- ✓ 0% medición del plan de facturación vs producción 2016

1.14 GESTION DE LA TECNOLOGIA

Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 68% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Avance etapa cableado instalación proyecto telefonía unificada.
- ✓ 100% avance Implementación Propuesta NIIF.

- ✓ 100% Implementar el Sistema Biométrico Control Acceso, porcentaje de avance etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual.
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (5x10).
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24).
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP.
- ✓ 100% Etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual, se gestionaron los estudios previos 5 de:
 1. Soporte y mantenimiento sistema Instacount Plus Esterilización
 2. Licencias adobe Acrobat Profesional
 3. Adquisición de cuatro (04) licencias AutoCAD full 2016
 4. Soporte y mantenimiento sistema control documental
 5. Optimización tiempos de respuesta plataforma Siapinc IV y agregar funcionalidad
- ✓ 100% Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática.
- ✓ 100% Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la optimización de los tiempos de respuesta, En términos generales para la mejora de tiempos de repuesta se tiene las actividades:
 1. Depuración de información por parte del INC.
 2. Configuración de los servidores.
 3. Mantenimiento de base de datos.
 4. Depuración por parte de TMS.
- ✓ 100% Requerimientos de Funcionalidad Adicional para Estudios Previos, se realizó la reunión con los diferentes administradores de los módulos para solicitar las nuevas funcionalidad Plataforma SIAPINC IV.
- ✓ 100% Etapa Instalación infraestructura TI usuario Final, Se entregaron los 1115 equipos por parte de outsourcing reportados en el acta del mes de julio 2016.
- ✓ 100% Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos (≤ 1500 milisegundos), a junio de 2016 = 1176,67 milisegundos.
- ✓ 100% Publicación y socialización de la política de seguridad informática en INC, resolución 0192 política de seguridad informática fecha 29-03-16, se publicó por correo institucional así como también en el portal WEB y se solicitó en el canal interno de televisión con Comunicaciones.
- ✓ 100% Cumplir con el programa de capacitación en los siete 7 servicios asistenciales en el Programa de uso seguro de la tecnología biomédica, se realizó capacitación en el mes de abril para los servicios correspondientes al grupo de Investigaciones (Biología del cáncer, Vph, Genética).
- ✓ 100% Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico, No se realizaron mediciones debido a que no se ha generado contratación referente, por lo cual no se ha definido el cronograma respectivo.
- ✓ 100% Reportar y analizar el 100% de los incidentes, accidentes y eventos adversos asociados a tecnología biomédica, Se reportaron nueve (9) incidentes adversos no serios, un (1) incidente serio y dos (2) eventos adversos no serios durante el segundo trimestre del año 2016, todos los cuales se encuentran en seguimiento.

- ✓ 94% Implementación del Plan de Mantenimiento 2016, Algunos de los mantenimientos preventivos programados no pudieron realizarse al no contar con soporte de mantenimiento contratado y en otros casos debieron reprogramarse las visitas (cabinas de flujo laminar).
- ✓ 94% Cumplimiento del cronograma de rutinas de verificación de equipo biomédico.
- ✓ 68% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE.
- ✓ 50% Cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTE.
- ✓ 50% Contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría).
- ✓ 30% Cruzar la cuenta de alto costo (Diagnóstico y Estadio) con la información de SAP tomando los primeros doscientos pacientes del mes de Octubre de 2015, bajo el acompañamiento del grupo unidad de análisis, generando una línea base para el mejoramiento del registro,
- ✓ 20% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE.

Pendientes

- ✓ 0% Realizar al Integración SAP – Varían, porcentaje de avance etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual.
- ✓ 0% Establecer línea base de obsolescencia de los equipos biomédicos presentes en los servicios priorizados de acuerdo a los avances del Estudio de Capacidad Instalada durante 2015 y 2016.
- ✓ 0% Documento evaluación necesidad del software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio.
- ✓ 0% Realizar estudio de FASE I Proyecto BI, porcentaje de avance etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual.
- ✓ 0% Establecer la línea de base de la disponibilidad de recurso tecnológico, de acuerdo a los avances del Estudio de Capacidad Instalada desarrollado durante 2015 y 2016.
- ✓ 0% Cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GTE.

Conclusiones

- Para el segundo trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento parcial del 71% en los compromisos propuesto en el POA.
- El promedio acumulado del cumplimiento de los POAs fue del 73%, obteniéndose un cumplimiento parcial.
- Se identifica que algunos grupos no realizan registro de datos, ni análisis detallado de la ejecución de las actividades programadas
- Falta de oportunidad en la entrega de la información
- Se identifica el diligenciamiento de la información más como requisito que por un compromiso de realizar un seguimiento efectivo de las actividades y que contribuyan a la toma de decisiones.
- Se identifica parcialidad en la ejecución por cada uno de los grupos como debilidad la cual se mejorara en la medida en que se definan los procesos y procedimientos de la gestión, para realizar una ejecución integral, donde se identificara la participación efectiva de cada uno de los procesos que intervienen.
- Es importante mejorar la comunicación entre los procesos, ya que se tienen compromisos compartidos para el logro de una meta y por ende la consecución de los objetivos institucionales
- Se tuvo en cuenta criterios de análisis de la información tales como: Oportunidad y cumplimiento del producto según lo programado.
- Es importante recordar la realización de un seguimiento oportuno a la planeación de cada grupo, con el fin de tomar las medidas preventivas y correctivas de manera oportuna y eficaz para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- En la Página Web Institucional estará publicado los resultados de cada uno de los grupos, al igual que las observaciones realizadas en el tercer trimestre evaluado con el fin de que se tomen las acciones correctivas y/o se realicen las modificaciones a que haya lugar.

- Es importante que los líderes de proceso en la reunión de seguimiento de sus actividades den a conocer los resultados del informe a sus respectivos grupos.