



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

Informe seguimiento y evaluación Plan Operativo Anual POA I 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: 24 de mayo de 2016	Periodo de evaluación: I trimestre 2016
Objetivo Evaluar el cumplimiento del Plan Operativo Anual de los proceso para el I 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 I TRIMESTRE

PROCESO		% CUMPLIMIENTO
GSI	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	76%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	65%
UFT	Unidades Funciones de Tratamiento	64%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	56%
DOC	Docencia	83%
INV	Investigación	80%
SPB	Salud Pública	53%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	85%
GHA	Gestión Hotelera y Ambiental	84%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	89%
GDG	Gestión del Gasto	68%
GCO	Gestión Contable	69%
GCI	Gestión Comercial y del Ingreso	74%
GTE	Gestión de la Tecnología	94%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		74%

1.1 SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento parcial en los compromisos propuesto del 76% para el I trimestre del 2016.

- ✓ 100% seguimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través del Formulario Único Reporte de Avance a la Gestión (FURAG)
- ✓ 100% cumplimiento de las 12 actividades planeadas y ejecutadas para Implementar la metodología de gestión de proyectos a nivel institucional.
- ✓ 100% Mapa de procesos actualizado el 16/02/2016 acta 002 Comité Directivo

- ✓ 100% Anteproyecto de presupuesto elaborado y radicado. Se carga Información tanto de Funcionamiento como de Inversión en la plataforma del Ministerio de Hacienda SIIF
- ✓ 100% en el cumplimiento de las 30 auditorías internas y seguimientos de Ley
- ✓ 96% de cumplimiento en el plan de auditoría internas de calidad. De las 135 auditorías programadas para el año 2016 en el Instituto Nacional de Cancerología se obtuvo evidencia de ejecución de 129
- ✓ Matriz de producción a abril
- ✓ 74% promedio de cierre de acciones de planes de mejora.
- ✓ 56% de cumplimiento en la difusión videos de donaciones en espacios institucionales y canales alternos. Se realizaron las emisiones en parrilla de ocho horas por nuestro canal interno (Vida y Cáncer tv), respecto a las emisiones en canal internacional, solo se realizó una emisión por Caracol Internacional debido a demoras en trámites para la respectiva emisión por este canal.
- ✓ 100% de cumplimiento de la emisión de la nueva temporada de Vida y Cáncer Radio con una nueva estructura argumentativa, manteniendo los pilares fundamentales del INC, entre los programas se encuentran cáncer de tiroides, tabaco, Cáncer de colon y recto y cáncer de cuello uterino.
- ✓ 100% cumplimiento en la realización de 4 videoclips: Políticas Institucionales, Políticas de Fortalecimiento Institucional, Misión, Visión.
- ✓ 100% seguimiento a la implementación de acciones correctivas sobre hallazgos
- ✓ 100% Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2016 elaborado y publicado en página web institucional.
- ✓ 100% presentación plan de calificación del gerente, con calificación de 4.4 de 5.
- ✓ 100% Cumplimiento en la entrega de informes institucionales internos y externos (Informe de Gestión, Plan Sectorial, Informe al Congreso, Informe Contraloría,
- ✓ seguimiento al POA I trimestre
- ✓ 84% promedio cumplimiento a tareas de comités priorizados a primer trimestre de 2016.
- ✓ 79% de avance. (70% obj. control del cáncer, 81% obj. para desarrollo de procesos misionales, 87% obj. para desarrollo de procesos apoyo).
- ✓ 74% de cumplimiento POA institucional primer trimestre
- ✓ 70% de cumplimiento en el cargue de indicadores de proceso
- ✓ Análisis y valoración del mapa de riesgos de corrupción por proceso.
- ✓ 30% promedio de cierre de acciones de planes de mejora para el primer trimestre de 2016
- ✓ 41% de estudios previos entregados oportunamente
- ✓ **Pendientes por ejecutar:**
- ✓ 0% emisión de programas de TV “Vida y Cáncer”
- ✓ 0% emisiones en canal internacional
- ✓ 0% Socialización de proceso de control interno disciplinario
- ✓ No medición índice de transparencia empresarial
- ✓ 0% contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)
- ✓ Informe vulneración de los derechos a los pacientes

1.2 DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 65% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% en el cumplimiento del cierre de acciones de mejoramiento del proceso Diagnóstico y Estadificación.
- ✓ 51% de cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso DYE.
- ✓ 45% en el cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Diagnóstico y Estadificación.
- ✓ Oportunidad Diagnóstica 31 días

1.3 UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 64% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ Oportunidad inicio tratamiento institucional 59 días
- ✓ Oportunidad inicio tratamiento quimioterapia 56 días
- ✓ Oportunidad inicio tratamiento radioterapia 50 días
- ✓ Oportunidad inicio tratamiento cirugía 69 días
- ✓ 41% cumplimiento cargue de indicadores
- ✓ Incidentes en SIAPINC para registro de indicadores POA
- ✓ Listas de chequeo para las contrataciones de mantenimiento de equipos de Radioterapia
- ✓ 43% en la entrega de estudios previos

1.4 GESTIÓN APOYO CLÍNICO

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 56% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% de cumplimiento en implementar y hacer seguimiento del proyecto de Quimioterapia 24/7 para aumentar el giro silla; Productividad Hospital día (Giro Silla) = 31 pacientes, estándar 25 pacientes.
- ✓ 100% Plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2016 Componente Servicio al Ciudadano publicado en página web institucional.
- ✓ 100% Inventario de medicamentos No POS homologado.
- ✓ 95% de cobertura plan de egreso hospitalario, solo se está midiendo la cobertura del plan de egreso pero para los pacientes posoperatorios.
- ✓ 60% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Gestión de Apoyo Clínico.
- ✓ 50% de cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GAC.

- ✓ **Pendientes**
- ✓ 0% cumplimiento en el tiempo de espera para la consulta primera vez y control, Tiempo de espera en consulta especializada de control redujo 0,03 minutos, tiempo de espera en consulta especializada de primera vez aumentó 16,43 minutos con respecto al año 2015 en el mismo periodo respectivamente.
- ✓ 0% en el cumplimiento de la Proporción de remisiones no utilizadas 2015-2016.
- ✓ 0% cumplimiento de cierre de acciones de mejoramiento del proceso Gestión de Apoyo Clínico.

1.5 DOCENCIA

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

- ✓ 100% Obtener Registro Calificado para el Posgrado en Cabeza y Cuello, dicho registro se obtuvo con Resolución del Ministerio de Educación nacional N°02156 del 5 de febrero de 2016.
- ✓ 100% Aplicar la encuesta de satisfacción de evaluación a estudiantes en prácticas formativas, se concluye lo siguiente de las encuestas:
- ✓ 1. El índice de satisfacción en el primer trimestre de 2016 fue de 92,70%, teniendo en cuenta que de los 274 estudiantes que contestaron la encuesta 254 calificaron con un nivel de satisfacción alto (Calificación 3 y/o 4).
- ✓ 2. Las preguntas que obtuvieron el mayor y menor porcentaje de satisfacción respectivamente fueron: 3e. Mayor: ¿Los derechos de los usuarios durante la relación docencia servicio, son respetados? Esta pregunta obtuvo el más alto porcentaje de 95,17%. 3a. Menor: ¿La información suministrada a través de la inducción fue suficiente para el eficaz desarrollo de su rotación? Esta pregunta obtuvo el más bajo porcentaje de 88,49%. 3. A pesar que en el trimestre rotaron 623 estudiantes, la encuesta la contestaron 274 dado que el resto de estudiantes no han acabado rotaciones y hasta que devuelven carné para irse del Instituto es el momento en que diligencian la encuesta.
- ✓ 100% en el Plan de educación continuada, se aprobó en el Comité de Educación Médica de Fecha 29 de febrero de 2016. Se aclara que el insumo para realizar este plan se inició con las circulares INT-CIR-00116-2015 y INT-CIR-00007-2016 en las cuales se solicitaba diligenciaran la DOC-P03-F-01542015101238_FICHA_NECESIDADES_ED.CONTINUADA. Este plan está sujeto a modificaciones que se aprueben en sesiones de Comité de Educación Médica por razones presupuestales o por inviabilidad de realización de alguna actividad programada por motivos justificados.

- ✓ 100% cumplimiento en la programación de educación continuada, la programación de eventos en el I trimestre de 2016 fue aprobar el plan de eventos de Educación continuada como producto de las solicitudes que el Comité de Educación Médica consideró viable realizar e incluir en todo el proceso de contratación para su ejecución a partir del segundo trimestre de 2016.
- ✓ 100% de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Docencia.
- ✓ 96% de satisfacción en la disponibilidad y uso de espacios académicos.
- ✓ 70% cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso DOC.

1.6 INVESTIGACIÓN

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 80% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 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 en el Comité científico del 02 feb 2016 según acta No 002-2016 (AC-16-00147).
- ✓ 100% en el diseño del sistema de información para consulta Inventario de bases de datos disponibles en Instituto.
- ✓ 100% Plan de Publicaciones año 2016 aprobado por la Subdirección INV, a la fecha de corte del presente informe se cuenta con un avance del 80% en la consolidación del plan de publicaciones de la Subdirección de investigación.
- ✓ 100% Diseño de metodología eficiente para la Planeación de Cronogramas de proyectos nuevos, plan de trabajo en construcción pendiente la aprobación del documento.
- ✓ 100% de cumplimiento de cierre de acciones de mejoramiento del proceso INV.
- ✓ 70% cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso INV
- ✓ 67% de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV.

Pendientes

- ✓ 0% Elaboración de plan de cumplimiento de requisitos faltantes.

1.7 SALUD PUBLICA

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 53% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% Diseñar material educativo como estrategia de difusión de seguridad de la vacuna, Documento con contenidos teóricos elaborado, pendiente entrega a la oficina de comunicaciones en el mes de abril.
- ✓ 100% Mesa de trabajo sobre control de calidad en pruebas de tamización en cáncer, entre los meses de febrero y marzo se han adelantado tres mesas de trabajo con el MSPS (Dirección de medicamentos y tecnologías en salud), con el fin de elaborar las guías en control de calidad de mamografía que serán difundidas a nivel nacional, mediante acto normativo (Resolución).
Adicionalmente, se solicitó al MSPS (Dirección de ECNT) la mesa de trabajo con el INS para control de calidad en VPH, informaron que en el momento estaban dando prioridad a las rutas de atención en cáncer, que posteriormente convocarían dicha mesa.
- ✓ 100% Ofertar los cursos presenciales y virtuales a las aseguradoras, entes territoriales y universidades, Se construyó el portafolio de cursos en formato Word (se adjunta el soporte), el cual fue entregado a la Oficina de Comunicaciones y Eventos para su diseño y diagramación, el día 10 de marzo.
- ✓ 100% de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso PSP.
- ✓ 28% de cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso PSP.

Pendientes

- ✓ 0% de cumplimiento en el boletín publicado en página web institucional.
- ✓ 0% Realizar verificación de condiciones técnico científicas de habilitación en los servicios del Instituto al menos 7 servicios en cada semestre, las visitas institucionales están contempladas con el recurso contratado para el ejercicio de verificación de condiciones de habilitación del MSPS, debido a que este convenio no se ha realizado, aun no hay recurso humano para desarrollar dichas visitas institucionales.
- ✓ 0% Verificar 80 servicios en sus condiciones técnico científicas de habilitación en promedio al año. El cumplimiento está supeditado a la formalización del Convenio con el MSPS, el martes 6 de abril el MSPS hace llegar el convenio para que nosotros gestionemos la firma de la Dirección y se le dé su respectivo trámite, se espera iniciar visitas en el mes de mayo una vez se incorporen recursos al presupuesto.

1.8 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 85% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% en el seguimiento a las capacitaciones en el componente de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES).
- ✓ 100% de estudios previos ajustados, actualizados y entregados de acuerdo a la norma de acreditación, 23 entregados oportunamente.
- ✓ 100% Entregar nómina de planta dentro del cronograma establecido, se entregó dentro de los términos establecidos.
- ✓ 100% Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido, inoportunidad promedio 0,67 días.
- ✓ 100% Entregar órdenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido, Inoportunidad promedio 0,67 días.
- ✓ 100% Entrega de facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Area Financiera, dentro de los términos establecidos.
- ✓ 100% de gestión en el proceso de vacantes, durante el trimestre se obtuvo un promedio de 42 convocatorias de las cuales se gestionó el 100%, ello no indica que lo gestionado cumpla con todo el procedimiento de selección.
- ✓ 100% Disminuir en 1,5% la tasa de accidentalidad, comparado con la vigencia anterior (2015) Promedio I trimestre: (2015:11,23%) (2016:6,10%) Disminución: 5,13%.
- ✓ 100% Realizar plan de seguimiento al plan de trabajo propuesto con la ARL.
- ✓ 100% Realizar auditoria interna al sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se realizó auditoría en el mes de febrero, a través de un tercero.
- ✓ 98% de funcionarios de carrera administrativa con concertación de objetivos, es de aclarar que esto no refleja la calidad en la entrega de los formatos y que de su entrega dependían los incentivos otorgados en la circular 0031- 2016.
- ✓ 69% de funcionarios de carrera administrativa con evaluación de desempeño (85/124).
- ✓ 67% de cierre de acciones de mejora del proceso GTH, 2 acciones de planes de mejora cerrados, 1 acción vencida.
- ✓ 50% de funcionarios en provisionalidad con concertación de objetivos (289/577).
- ✓ 54% cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GTH.
- ✓ 45% de procesos de selección de personal realizados oportunamente.
- ✓ 39% de registro de indicadores dentro del Periodo Estipulado para el proceso GTH.

1.9 GESTION AMBIENTAL Y HOTELERA

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 84% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% en el reporte del índice de daños por mal uso de infraestructura del instituto
- ✓ Se elaboró el plan institucional de mantenimiento preventivo 2016
- ✓ Encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento
- ✓ 100% seguimiento al cumplimiento de los servicios tercerizados (uno por cada aliado estratégico)
- ✓ 100% en la gestión y cierre de los siniestros institucionales del periodo
- ✓ 98% promedio ejecución del cronograma PIGA 2016
- ✓ 98% de satisfacción del Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria)
- ✓ 96% de satisfacción en servicio de vigilancia
- ✓ 95% satisfacción del servicio de lavandería
- ✓ 88% satisfacción del servicio de Alimentos
- ✓ 81% de oportunidad de respuesta de mantenimiento correctivo, de acuerdo con la prioridad fijada
- ✓ 73% de Oportunidad registro de información indicadores de proceso
- ✓ 48% cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GHA
- ✓ 0% aplicación de criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015
- ✓ 0% en la aplicación y cumplimiento de tres (03) estándares con trece (13) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015

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% Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel, Plan elaborado y publicado en página web.
- ✓ 100% Formulación Plan Anticorrupción 2016, Plan elaborado y publicado en página web.
- ✓ 89% de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD.
- ✓ 65% de estudios previos entregados oportunamente

1.11 GESTION DEL GASTO

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

- ✓ 100% Medir el porcentaje de gastos no programados y presentar al comité de seguimiento financiero, para el mes de marzo se registran traslados presupuestales en gastos de funcionamiento por valor de \$14.105.000 frente a una apropiación de \$81.925.900.000 lo que refleja un % de traslado de 0,02%.
- ✓ 100% Medir el porcentaje de gastos no programados y presentar al comité de seguimiento financiero, para el mes de marzo se registran traslados presupuestales en gastos de operación comercial por valor de \$44 millones frente a una apropiación de \$115.823 lo que refleja un % de traslado de 0,04%.
- ✓ 100% Medir el porcentaje de gastos no programados y presentar al comité de seguimiento financiero, gastos no programados en inversión (27.060.784,00 / 18.709.404.376,00).
- ✓ 100% Medir el porcentaje de gastos no programados y reportar al comité de apoyo de la actividad contractual, Adicionalmente a los 1.067 ítems del Plan Anual de Adquisiciones definidos para la vigencia 2016, se han adicionado 35 ítems, de acuerdo a las solicitudes realizadas por las áreas técnicas responsables de los procesos.
- ✓ 100% Consolidar el anteproyecto y proyecto de presupuesto, se elaboró la proyección del proyecto de presupuesto con recursos nación de manera conjunta con de planeación acorde a las fechas establecidas.
- ✓ 100% Informe de ejecución de los contratos.
- ✓ 100% Plan anual de adquisiciones, El Plan Anual de Adquisiciones fue publicado tanto en la página web del Instituto y en el SECOP el 29 de enero de 2016.
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones, en el mes de marzo de 2016, se elaboraron 89 procesos de selección, con un alcance de 10 días aproximadamente.
- ✓ 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.
- ✓ 100% de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG.
- ✓ 44% de cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección.
- ✓ 30% Cumplir con los términos establecidos para la liquidación o elaboración de la certificación de ingresos vs pagos de los contratos, en el I trimestre de 2016 se liquidó el 29.67%, correspondientes a 232 de los 782 contratos de la vigencia 2015, que requieren liquidación y certificación (Ingresos vs. Pagos), adicionalmente se elaboraron 52 certificaciones de cumplimiento y calidad, 11 certificaciones de RUP.
- ✓ 25% de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GDG, acciones cerradas 1, acciones vencidas 3.
- ✓ 24% Cumplir con los criterios normativos a nivel de gobierno con austeridad.

- ✓ 10% Ejecutar el plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma, En el I primer trimestre de la vigencia 2016, se adjudicaron 107 ítems del Plan Anual de Adquisiciones 2016.
- ✓ 3% Reporte de oportunidad en la entrega de informes de supervisión, al 31 de marzo de 2016, de los 73 contratos notificados debidamente a los supervisores, se recibieron 2 informes de ejecución para un alcance de 2.74%.

Pendientes

- ✓ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas.
- ✓ 0% Informe de seguimiento de las facturas.

1.12 GESTION CONTABLE

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

- ✓ 100% Porcentaje de Informes Generados.
- ✓ 100% Generar mesas de trabajo de acuerdo a los informes presentados por la revisoría fiscal, Se presentaron 7 declaraciones a marzo de 2016.
- ✓ 100% Obtener un dictamen de la revisoría fiscal sin salvedades (Sin salvedad 100%, con 1 salvedad 80% con 2 salvedades 60%, más de 2 salvedades 50%), Presentado el 29 de marzo de 2016.
- ✓ 90% Implementación normas NIIF ante los entes reguladores.
- ✓ 90% Implementación de NIIF en el sistema de información SAP.

Pendientes

- ✓ 0% Desarrollo de un sistema de costos por unidad estratégica de negocio.
- ✓ 0% Cumplimiento en la entrega de estudios previos del proceso GCO

1.13 GESTION COMERCIAL Y DEL INGRESO

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 74% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 100% en la actualización de las minutas institucionales
- ✓ 100% en la gestión de los procesos de contratación para la venta de servicios
- ✓ 97% de reportes de facturación
- ✓ 79% de autorizaciones gestionadas
- ✓ 78% cumplimiento cargue de indicadores
- ✓ 7% conciliación efectuada respondida dentro de los términos
- ✓ 0% Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP
- ✓ 0% Informe mensual de medición del plan de producción vs facturación
- ✓ 0% homologación procedimientos No Pos
- ✓ Pendiente medición de satisfacción por orientación al usuario

1.14 GESTION DE LA TECNOLOGIA

Para el primer trimestre de 2016, se obtuvo un cumplimiento del 94% en los compromisos programados para el periodo.

- ✓ 73% de estudios previos entregados oportunamente (70% sistemas, 73% biomédica).
- ✓ 0% de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría) (40 contratos biomédica, 2 contratos sistemas)

Conclusiones

- 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.