

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 1 de 25			

Fecha del Informe:	24/08/2021
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual I trimestre 2021
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.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO DEL INFORME.....	1
1. METODOLOGIA	1
2. RESULTADOS	2
CONCLUSIONES	23

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 definidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022; 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.

DESARROLLO DEL INFORME

1. METODOLOGIA

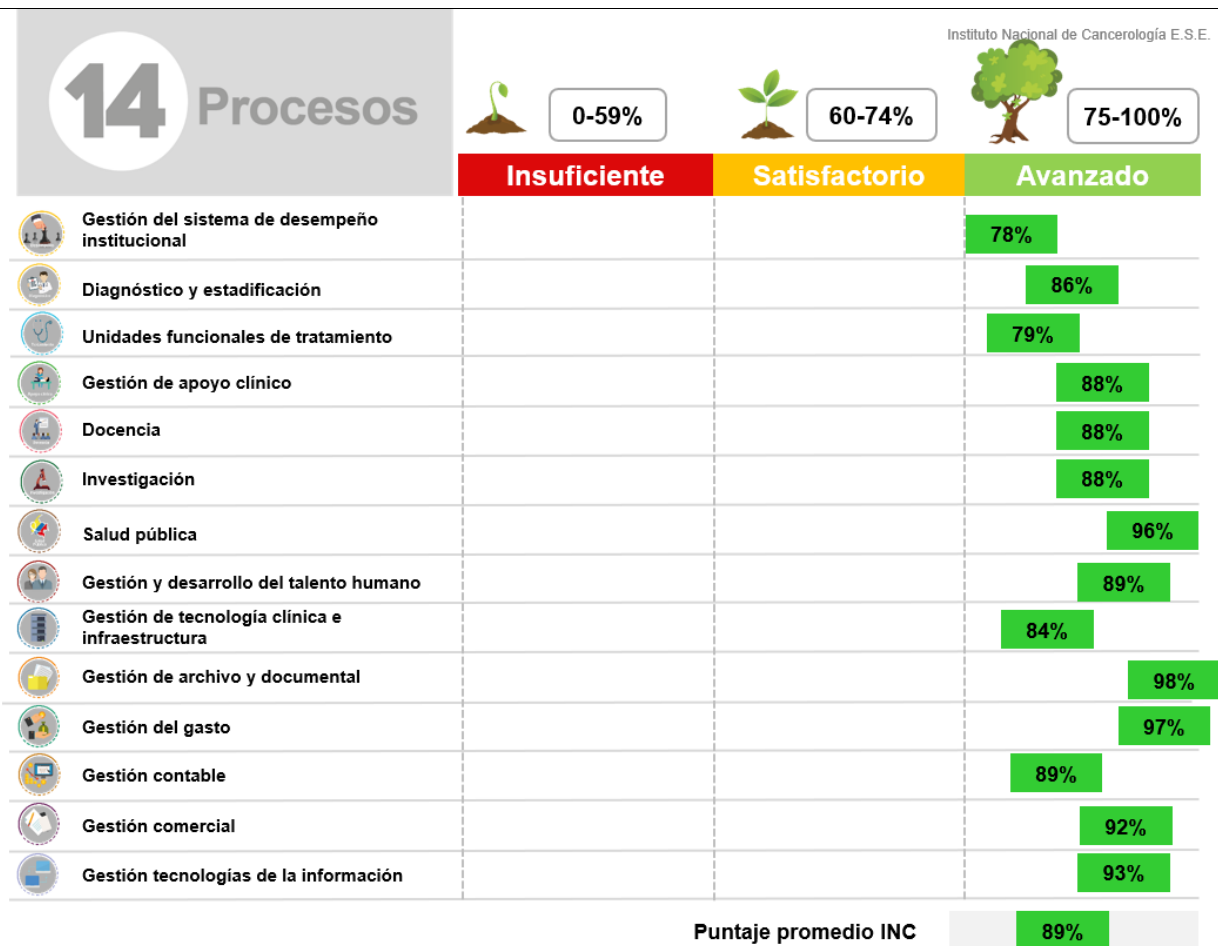
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Análisis cuantitativo del resultado 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 tiene en cuenta el cumplimiento de los compromisos transversales.
- 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.
- Los indicadores con umbral rangos de gestión el seguimiento y evaluación se realizó sobre el límite máximo del indicador.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 2 de 25			

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	

2. RESULTADOS



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 89% en los planes operativos anuales.

Total indicadores POA I trimestre 2021: 238

Avanzados: 196

Satisfactorios: 15

Insuficientes 27 – 11%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 3 de 25	

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

1. PROCESO ESTRATEGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Observaciones:

- Indicadores sin cargue en el periodo
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora
- Mejorar la entrega oportuna de estudios previos
- Total indicadores 22
Avanzado 16
Satisfactorios 1
Insuficientes 5 (23%)

Para el primer trimestre de 2021 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 78%:

Avanzado

- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14) Meta 14 PUM elaborado y remitidos a líderes)
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (100%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (1) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (97,47%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme (81,25%) Meta $\geq 70\%$
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares (De acuerdo a los periodos que exija la norma) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (20%) Meta 10%
Observaciones: Apropiado \$ 598; ejecutado \$ 197. Ejecución presupuestal 33%. Actividades 7%
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados en el INC (100%)
Min. 70%, Est. 80%, Max. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (100%)
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 97% Satisfacción de los usuarios pacientes (97,18%)
Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de la gestión de proyectos (9%) Meta 10%
- ✓ Observaciones: 5 macroproyectos: total apropiación \$ 27.264; ejecutado \$ 2.838. Ejecución presupuestal 10%. Actividades 9%
- ✓ 83% Cumplimiento del plan de humanización (82,5%) Meta 100%
- ✓ Observaciones: I. Derechos y deberes: 4/5 Pendiente: - Eficacia en el tiempo de respuesta a requerimiento II. Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: 12/17 pendientes: - acompañamiento espiritual - intervenciones desde la humanización - taller enfermería humanizada - diplomado comprendiendo el sufrimiento humano. - actividades lúdicas. III. Espacios y tecnología humanizada: 8/9 Pendiente: UCI humanizada IV. Soporte y cuidado paliativo: 9/9
- ✓ 82% Cierre de acciones de mejora de acreditación (82,35%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 4 de 25	

Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

Observaciones: De 17 acciones de mejora, 3 abiertas:

- Plantear la necesidad del recurso humano para garantizar la cobertura.
- Establecer estrategias de humanización en administración de medicamentos (horarios y vías).
- Capacitar a los líderes de los grupos y grupos área, en el uso y apropiación de SIAI.
- ✓ 79% Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad (54,55%) Meta 69%
- ✓ Observación: 6 pisos señalizados de 11 programados

Satisfactorio

- 74% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de gestión de desempeño e imagen corporativa (66,67%) Meta ≥ 90
Observaciones: La línea de gestión de desempeño institucional estaban programadas 11 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación $\geq 90\%$ ocho (8), dos (2) con calificación parcial entre 71% y 89% y una (1) con calificación $\leq 70\%$. Para la línea imagen corporativa estaban programadas 10 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación $\geq 90\%$ seis (6), una (1) con calificación parcial entre 71% y 89% y tres (3) con calificación $\leq 70\%$.

Insuficiente

- ✗ 53% Acciones de mejoramiento cerradas acumuladas. (52,56%)
- ✗ Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✗ Observaciones: De 78 acciones de mejora, 37 abiertas y vencidas en el periodo
 1. Desarrollar estrategia de seguimiento a pacientes que cancelaron cita. Responsable: Martha Elena García Fernández
 2. Establecer estrategias de humanización en administración de medicamentos (horarios y vías). Responsable: Julio Alberto Burbano Barrera
 3. Definir y documentar indicador de impacto ambiental en la compra en las tecnologías del Instituto. Responsable: Rafael Fernando Urquina
 4. Documentar el manual exclusivo para gestión de las tecnologías del Instituto donde se evidencie la articulación de todas ellas y describa los pasos del ciclo de gestión de la tecnología para cada una. Responsable: Andrea Lisset Pérez Salamanca
 5. Capacitar a los líderes de los grupos y grupos área, en el uso y apropiación de SIAI. Responsable: Francisco Andres Avendaño Acevedo
 6. Actualizar instrumento de identificación de necesidades para el paciente con cáncer. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 7. Estandarizar metodología para aplicación del instrumento y seguimiento. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 8. Parametrizar en sistema de información el termómetro de distress emocional. (salud mental, nutrición y rehabilitación). Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 9. Plantear la necesidad del recurso humano para garantizar la cobertura. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 10. Vincular TH en el equipo de nutricionistas, rehabilitación, para ampliar cobertura de atención a fines de semana (rehabilitación). Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 11. Solicitar la modificación a los proveedores de los protocolos de calificación de los equipos Cabina de seguridad biológica de marcación 1 y preparación, Celda Caliente Von Gahlen, cabina de síntesis COMECER, Celda caliente Yodo, Liofilizador, Protocolo de calificación de desempeño del sistema de aires.
 2. Incluir en el procedimiento de mantenimiento y calibración de equipos un documento que describa las condiciones y características que deben tener los protocolos de calificación de equipos. Responsable: Andrea Lisset Pérez Salamanca

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 25	

12. Instalar manómetro en área de lavado calibrado y funcionando de manera integrada con el sistema de monitoreo de diferencial de presión, temperatura y humedad. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
13. Planos de flujo de personal. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
14. Realizar calificaciones de todos los equipos mencionados. incluir conteo de partículas no viables, incluir los elementos de construcción, pinza, etc. Responsable: Andrea Lisset Perez Salamanca
15. Realizar la calificación de instalación operación y desempeño del liofilizador, incluir todas las observaciones del requerimiento, incluir componentes, pruebas de vacío. Responsable: Andrea Lisset Perez Salamanca
16. Realizar la contratación y ejecución de la calificación de instalación y calificación de operación del sistema de ventilación HVAC, con una empresa especializada en este tema. 2. Presentar los datos primarios de temperatura y humedad relativa de la calificación de desempeño del HVAC. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
17. Solicitar a la empresa técnica el protocolo de validación y desempeño del sistema de ventilación para el equipo HVAC, específico y dirigido al INC. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
18. En la central telefónica se cuenta con el listado de médicos del grupo de Neurocirugía Oncológica y Neurología disponibles en horarios no presenciales. Responsable: Pedro Jose Penagos Gonzalez
19. Asignación de observadores en la estrategia multimodal de higiene de manos. Responsable: Lilia Esperanza García Ramirez
20. Elaborar y entregar informe para el cierre de los servicios de Aseo (Servilimpieza). Responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
21. Elaborar y entregar informe para el cierre de los servicios: VCO Facturación, UFT Cabeza y Cuello, Tercero Occidente, GAICA y UFT Seno y Tejidos Blandos. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
22. Envío de actualización de los casos a la SDS. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
23. Envío de actualización de los casos a la SDS de brote de pacientes de 4 piso hematología oriente y occidente con caracterización y líneas de tiempo. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
24. Envío de informe de paciente del 3 piso occidente con caracterización y líneas de tiempo. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
25. Envío de los casos No IAAS a la SDS. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
26. Establecer registro de control de limpieza y desinfección del personal a superficies de alto toque. Responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
27. Instalación de divisiones en acrílico de puesto de trabajo GAICA. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
28. Instalación de electroimán y timbre en la puerta de acceso al servicio para que el ingreso sea autorizado desde el estar de enfermería del 4 piso de hospitalización hematología. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
29. Realizar notificación inmediata de los casos positivos por IAAS en trabajadores y pacientes hospitalizados a la SDS. Responsable: Johanna Andrea Fuentes Caro
30. Resocialización de Ruta Sanitaria COVID con periodicidad semanal (servicios de aseo, Lavandería, alimentos y vigilancia). Responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
31. Resocialización temas COVID-19 (Ruta sanitaria, limpieza y desinfección y manejo de aislamiento) a personal de hospitalización. Responsable: Lilia Esperanza García Ramirez
32. Seguimiento de adherencia a técnica, 5 momentos de lavado de manos en la estrategia multimodal. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
33. Solicitar a ASCOREON los soportes de capacitación sobre estrategia multimodal. Responsable: Martha Elena García Fernández
34. Solicitar a ASCOREON los soportes de capacitación sobre estrategia multimodal. Responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
35. Realizar reunión de seguimiento con las EPS Capital Salud y Compensar con el fin de revisar el proceso de Autorizaciones y lograr agilizar el mismo. Responsable: Claudia Bogoya

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 6 de 25	

36. Incluir en el procedimiento de Registro Contable el Calendario de vencimientos del área financiera, y solicitar el seguimiento de este calendario en el comité de seguimiento financiero. Responsable: Ana Nancy Camelo Vanegas

37. Realizar ajuste al procedimiento documentado de soporte oncológico. UFT-P06 - PROCEDIMIENTO PARA SOPORTE AL PACIENTE ONCOLÓGICO (CUIDADO PALIATIVO, REHABILITACIÓN Y TERAPIA, SALUD MENTAL Y NUTRICIÓN Y SOPORTE METABÓLICO). Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho

- ✖ 48% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (47,80%) Meta 100%

Observaciones:

Enero: 19 ítems para entregar de los cuales 6 no se recibieron en la plataforma INCompra: 1 a cargo de la Dirección General y 5 a cargo oficina asesora planeación y sistemas

Febrero: 4 ítems para entregar, 1 no se recibió en la plataforma INCompra a cargo de asesoría de calidad

Marzo: 1 ítems definidos para entregar el cual no se recibió en la plataforma INCompra a cargo de asesoría de calidad

- ✖ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (0%) Meta 100%

Observaciones:

Enero no registra acciones de mejora para cierre oportuno.

Febrero no registra acciones de mejora para cierre oportuno

Marzo: 2 acciones de mejora para cierre, las cuales no fueron cerradas oportunamente: 1 a cargo asesoría de calidad con solicitud modificación de fecha y 1 a cargo oficina asesora de planeación y sistemas

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Cumplimiento del plan de capacitación en SIAI
- ✖ 0% Número de talleres realizados de análisis de indicadores

2. PROCESOS MISIONALES

Observaciones POA Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos
- Mejorar el cierre de acciones de mejora
- Mejorar la entrega de estudios previos

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 86%

Total indicadores 18

Avanzado 14

Satisfactorio 2

Insuficiente 2 (9%)

Avanzado

- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (97,47%). Meta. $\geq 90\%$
- ✓ 100% Diseño y aprobación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas. (1). Meta. 1

Observaciones: El proyecto se encuentra inmerso dentro de uno de los objetivos del proyecto de innovación del servicio de medicina nuclear como parte de uno de los objetivos que es Organizar los servicios de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 7 de 25	

Medicina Nuclear, PET-CT, Terapias metabólicas y radiofarmacia y dentro del cual la meta es la creación del centro de excelencia.

- ✓ 100% cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas). (25%). Meta. 10% Observaciones: Innovación en medicina nuclear
1. Presupuesto: Apropiación: \$393 Comprometido: \$162 Ejecutado: 41%
2. Actividades: 8% de ejecución
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana). (22,33 días).
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC. (5,33 días).
Mín. 5 días, Est. 7 días, Máx. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio. (11,77 días).
Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (2,93 días).
Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (1,99 días).
Mín. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología. (2,06 días).
Mín. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 97% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (97,09%). Meta. 100%
- ✓ 90% Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (9%). Meta. 10%
Observaciones: Presupuesto: Apropiación: \$462 Comprometido: \$35 Ejecutado: 7%. Actividades: 10% de ejecución
- ✓ 83% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (82,5%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 66% estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. (65,96%). Meta. 100%
- 66% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente. (59,09%). Meta. >=90%
Observaciones: Para la línea de atención y cuidado de pacientes estaban programadas 22 metas de las cuales que fueron: 13 cumplidas con calificación >=90%, 5 con calificación parcial entre 71% y 89%, 4 con calificación <=70%.

Insuficiente

- ✗ 50% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. (5%). Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$4 Comprometido: \$0 Ejecutado: 0%. Actividades: 10% de ejecución
- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (18,78 días).
Mín. 5 días, Est. 10 días, Máx. 15 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 25	

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Total indicadores 23

Avanzado 18

Satisfactorio 3

Insuficientes 2 (8%)

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (44,03).
Min. 40, Est. 45, Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,18).
Min. 1.5, Est. 3, Max. 4.5
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage II. (8,06 min).
Mín. 20 min, Est. 30, Max. 45 min
- ✓ 100% Porcentaje de ejecución del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer en tres servicios asistenciales. (100%). Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$155, Comprometido: \$155, Ejecutado: 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (33,39 horas).
- ✓ Mín. 48 horas, Est. 60 horas, Máx. 72 horas
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo. (100%).
Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana). (15,67 días).
- ✓ Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo. (100%). Meta. 90%
- ✓ 100% Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería. (93,17%). Meta. 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería. (95,12%). Meta. 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica. (91,58%). Meta. 90%
- ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (90,69%). Meta. 85%
- ✓ 100% Cobertura de bienvenida al paciente del INC. (97,96%). Meta. 90%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería. (3,73).
Min. 4, Est. 6, Max. 8
- ✓ 97% Satisfacción del usuario. (97,18%).
Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (96,82%). Meta. 100%
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC. (86,67%). Meta. 100%
- ✓ 85% aceptación de pacientes referidos. (49,86%).
Min. 39%, Est. 44%, Max. 59%

Satisfactorio

- 66% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente. (59,09%). Meta. >=90%
- 65% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (65%). Meta. 100%.
Observaciones:
Enero: NA
Febrero: 3/3, Responsables: Enfermería oncológica,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 25	

Marzo: 6/20, Responsables: Enfermería oncológica, grupo área gestión apoyo clínico

- 60% Cumplimiento de actividades del Centro de Gestión al Paciente con Cáncer. (6%). Meta. 10%

Insuficiente

- ✖ 50% cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria. (5%). Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$275, Comprometido: \$30, Ejecutado: 11%. Actividades: 0% de ejecución
- ✖ 11% Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (10,84%). Meta. 100%
Observaciones:
Enero 18/83 Pendientes:
- Grupo Gestión Hospitalaria
- Grupo Servicios Farmacéuticos
- Grupo Banco de Sangre
- Grupo Trabajo Social
- Grupo Esterilización
- Grupo Hospitalización
- Grupo Consulta Externa
Febrero: 0/19 Pendientes:
- Grupo Esterilización
- Grupo Área Enfermería Oncológica
Marzo: NA

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 79%:

Total indicadores 30

Avanzado 22

Satisfactorio 3

Insuficiente 5 (16%)

Avanzado

- ✓ 100% Programa de humanización. (GAC-P05-PG01). Meta. 1
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de humanización. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Evidencia de socialización del programa de humanización. (3). Meta. 1
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,18).
Min. 1.5, Est. 3.0, Max. 4.5
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (97,47%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Ficha del programa para la medición y seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades del programa para la medición y seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC. (10%). Meta. 10%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (44 días).
Min. 30 días, Est. 45 días, Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (21,67 días).
Min. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (26,67 días).
Min. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (6,41%).
Min.0%, Est. 5%, Máx.12%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 10 de 25	

- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) - promedio. (45,05 días).
Mín. 30 días, Est. 45 días, Máx.55 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (25%). Meta. 10%
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas. (1,67%).
Mín.1, Est. 3, Max. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,81%).
Mín.0%, Est. 5%, Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (6,54%).
Mín.0%, Est. 5%, Máx.12%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) - promedio. (45,05 días).
Mín.30 días, Est. 45 días, Máx.55 días
- ✓ 93% Cirugías ambulatorias realizadas. (39,19%).
Min. 37%, Est. 39%, Max. 42%
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (87,25%). Meta. 100%
- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (84,15%). Meta. 100%
- ✓ 83% Cumplimiento del plan de humanización. (82,5%). Meta. 100%
- ✓ 81% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (81,33%).
Min. 60%, Est.75%, Máx.100%

Satisfactorio

- 67% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso UFT. (66,67%). Meta. 100%
- 66% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente. (59,09%). Meta. >=90%
Observaciones: Línea de atención y cuidado de pacientes estaban programadas 22 metas de las cuales que fueron: 13 cumplidas con calificación >=90% 5 con calificación parcial entre 71% y 89% 4 con calificación <=70% (Crear la unidad de clínicas endoscópicas al año 2022 67%; Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021 7%, Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá 0% y Consolidar el soporte oncológico como componente del modelo de atención integral 50%)
- 65% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (58,52%).
Mín.75%, Est. 80%, Máx.90%

Insuficiente

- ✗ 50% acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (50%). Meta. 100%
- ✗ 30% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (3%). Meta. 10%
Observaciones: El proyecto no cuenta con presupuesto para 2021 por lo tanto solo se reportan el cumplimiento de las actividades
- ✗ 20% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. (2%). Meta. 10%
Observaciones: Presupuesto: Apropiación: \$419, Comprometido: \$0, Ejecutado: 0%. Actividades: 5%
- ✗ 7% estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (7,38%). Meta. 100%
Observaciones:
Enero: 3/20 Pendientes:
- Unidad Funcional Neuro
- Oncología
- Unidad Funcional Cabeza y Cuello
- Unidad Funcional Ortopedia,
- Unidad Funcional Gastroenterología
- Unidad Funcional Dermatología,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 11 de 25	

- Unidad Cirugía Reconstructiva

Febrero: 1/14 Pendientes:

- Unidad Funcional Urología,

- Unidad Funcional Gastroenterología,

- Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria,

- Grupo de Cuidado Intensivo,

- Grupo Área Oncología Radioterápica

Marzo: 0/6

- Unidad Funcional Gastroenterología,

- Grupo Área Oncología Radioterápica

✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (29,33 días)

Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días

2.4 Docencia

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Total indicadores 11

Avanzado 10

Insuficiente 1 (10%)

Avanzado

✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC. (61). Meta. >=50

✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC. (100%).

✓ Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

Observaciones: Evento de educación por extensión: Detección temprana de cáncer de cuello uterino, el cual fue realizado el 26 de marzo de 2021 con la participación de 160 asistentes

✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%

Observaciones: 31 de 31 comités de convenio docencia servicio realizados al I trimestre.

✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación. (98,34%). Meta. 80%

✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC. (100%). Meta. 100%

✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC. (100%). Meta. 100%

✓ 99% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC. (99,47%).

Min. 80%, Est 90%, Max. 100%

✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios. (96,74%).

Min 80%, Est 90%, Max 100%

✓ 93% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de docencia. (83%). Meta. >=90%

Observaciones: Para la línea de docencia estaban programadas 6 metas de las cuales que fueron: - 5 cumplidas con calificación >=90% - 1 con calificación <=70%.

✓ 75% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente. (75%). Meta. 100%

Insuficiente

✖ 0% Reporte periódico a docencia de información de ingresos, costos y gastos. (0). Meta. 1 (corte 31 diciembre de 2020)

Observaciones: Actualmente se está analizando la información con el acompañamiento de Neoris, para poder determinar el costo, ingresos y los gastos que se realizan por docente y estudiante en la atención de los pacientes. Aún se está analizando y determinando como armar la información desde las tablas maestras de SAP para poder determinar los campos, está un poco complejo desde la consultoría ya que solo se

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 12 de 25	

pueden tener los datos por órdenes clínicas, pero al ingresar por cada una se han encontrado muchas variables de las cuales la información final para jalarla al reporte que se necesita consolidar, pero al tomarlos se han presentado que las prestaciones no se liberan y quien las libera no es la misma persona quien hace la nota en la historia clínica. Se sigue trabajando con el área de sistemas para poder establecer estos datos.

2.5 Investigación

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Total indicadores 8

Avanzado 7

Insuficiente 1 (13%)

Avanzado

- ✓ 100% Tiempo de respuesta a solicitudes generales en el trimestre. (18,97 días). Meta. <=45 días
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de investigación. (36,15%). Meta. 10%
Observaciones: Apropiación: \$2.371, Comprometido: \$857, Ejecutado: 36%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de investigación. (100%). Meta. 100%
Observaciones: Línea de investigación estaban programadas 11 metas de las cuales las 11 fueron cumplidas con calificación >=90%
- ✓ 100% cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. (9%). Meta. 10%

Insuficiente

- ✗ 24% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (23,91%). Meta. 100%
Observaciones:
Enero 1/12 Pendientes:
 - Grupo Área de Investigaciones
 - Grupo Investigación Epidemiológica del Cáncer
 - Grupo investigación clínica
 - Subdirección General de Investigaciones, vigilancia epidemiológica y prevención
 Febrero: ½ Pendientes:
 - Grupo Investigación de Biología del Cáncer
 Marzo: 11/82 Pendientes:
 - Grupo Área de Investigaciones
 - Grupo Investigación de Biología del Cáncer

2.6 Salud pública

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%:

Total indicadores 7

Avanzado 6

Satisfactorio 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 25	

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (38,41%). Meta. 10%
Observaciones: Presupuesto: Apropiación: \$1.294, Comprometido: \$497, Ejecutado: 38%
- ✓ 100% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (10%). Meta. 10%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de Salud Pública. (93,75%). Meta. >=90%
Observaciones: Para la línea de salud pública estaban programadas 16 metas de las cuales que fueron: - 15 cumplidas con calificación >=90% - 1 con calificación parcial entre 71% y 89%

Satisfactorio

- 70% estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente. (69,98%). Meta. 100%
Observaciones:
Enero 11/17 Pendientes:
- Grupo Área Salud Pública
- Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer
Febrero: 13/21 Pendientes:
- Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer
Marzo: 5/6 Pendientes:
- Grupo Área Salud Pública

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%:
Total indicadores 23
Avanzado 19
Satisfactorios 1
Insuficientes 3 (13%)

Observaciones:

- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (Cumple con las 3 fechas programadas). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (Cumple con las 3 fechas programadas). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación). (Cumple con las 3 fechas programadas). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados). (Cumple con las 3 fechas programadas). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (16 días en promedio). Meta. 30 días, a partir de la fecha de radicación de la factura.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 14 de 25	

- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (58,33 días).
Mín. 50 días, Est. 55 días, Máx. 60 días
 - ✓ 100% Resolución y plan de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales. (Resolución 097 de 2021). Meta. 1
 - ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de capacitación, entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta. 1
 - ✓ 100% Plan de incentivos para funcionarios de carrera y libre nombramiento y remoción. (resolución 093 de 2021). Meta. 1
 - ✓ 100% Resolución del plan de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa. (Resolución 084 del 8 de febrero de 2021). Meta. 1
 - ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de bienestar, entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta. 1
 - ✓ 100% Resolución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. (Resolución 063 del 28 de enero de 2021. Política de seguridad y salud en el trabajo). Meta. 1
 - ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin Covid). (2,26).
Min. 0, Est. 10, Max. 15
 - ✓ 100% Ausentismo por causas definidas. (0,91%). Meta. <=5%
 - ✓ 100% Índice de severidad (sin Covid). (14,69).
Min. 0, Est. 50, Max. 100
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
 - ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (100%). Meta. 100%
 - ✓ 87% Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional en la línea de gestión del talento humano. (78,57%). Meta. >=90%
- Observaciones: Línea de talento humano estaban programadas 16 metas de las cuales que fueron: 11 cumplidas con calificación >=90% 2 con calificación parcial entre 71% y 89% 1 con calificación <=70%

Satisfactorio

- ✗ 70% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH. (69,57%). Meta. 100%
- Observaciones:
Enero 16/3 Pendientes:
- Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo
- Grupo Bienestar y Capacitación
- Grupo Gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano
Febrero: NA
Marzo: NA

Insuficiente

- ✗ 0% Ejecución de actividades del plan de bienestar. Meta. 100%
- ✗ 0% Ejecución presupuestal del plan de bienestar. Meta. 20%
- ✗ 0% Cobertura del plan de bienestar. Meta. >=95%

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%:

Total indicadores 25

Avanzado 21

Satisfactorio 1

Insuficiente 3 (12%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 25	

Observaciones:

- Mejorar la gestión de los macroproyectos especialmente en la parte presupuestal
- Mejorar en el cierre oportuno de las acciones de mejora
- Mejorar la entrega de estudios previos

Avanzado

- ✓ 100% Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo (1). Plan en siapinc GTC-P04-PL-01
- ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes (1). Macroproyecto actualizado
- ✓ 100% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (10%) Meta 10%
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,06%)
Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (1) Meta 1
- ✓ 100% Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR (15) Meta 5
- ✓ 100% funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 80%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (99,28%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (98,69%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Lavandería (99,15%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (96,07%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 95% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (94,60%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (93,33%) Meta 100%
Observaciones: 15 variables evaluadas, 1 sin cumplimiento: Tiene acciones de mejora vencidas
- ✓ 89% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (88,90%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones:
Enero 91.8%: 424 mantenimientos realizados de 464 solicitudes
Febrero 89.62%: 466 mantenimientos realizados de 520 solicitudes
Marzo 85.59%: 479 mantenimientos realizados de 559 solicitudes
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (89,29%) Meta 100%
Observaciones:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 25	

Enero se registraron 7 indicadores de 8, el indicador que no registro dato ni análisis fue: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo

Febrero se registraron 7 indicadores de 8, e l indicador que no registra dato ni análisis es: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo.

Marzo se registraron 13 de 14 indicadores de los cuales el indicador: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo no presento registro de dato ni análisis.

- ✓ 80% Cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (8%) Meta 10%

- ✓ 80% Ejecución del cronograma PIGA (79,76%) Meta 100%

Observaciones:

Enero 12 actividades programadas y realizadas

Febrero 14 actividades programadas, no se realizaron 5 correspondientes capacitaciones para el periodo

Marzo 12 actividades programadas, no se realizaron 3 correspondientes capacitaciones para el periodo

- ✓ 76% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de tecnología e infraestructura, gestión hotelera y ambiental (68,42%) Meta ≥ 90

Observaciones: Para la línea de la tecnología estaban programadas 13 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación >=90% diez (10), dos (2) con calificación parcial entre 71% y 89% y una (1) con calificación <=70%. Para la línea infraestructura, gestión hotelera y ambiental estaban programadas 6 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación >=90% tres (3), dos (2) con calificación parcial entre 71% y 89% y una (1) con calificación <=70%.

Satisfactorio

- 62% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (6,20%) Meta 10%
Observaciones: Apropiado \$ 8,092 Ejecutado \$ 502 Total ejecución 6.2%

Insuficiente

- ✗ 42% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (42,25%) Meta 100%

Observaciones:

Enero: 36 ítems para entregar de los cuales 27 no se recibieron en la plataforma INCompra: 1 a cargo de gestión ingeniería clínica, 7 a cargo de gestión de mantenimiento y 19 a cargo gestión ambiental y soporte hotelero

Febrero: 9 ítems para entregar, de los cuales 6 no se recibieron en la plataforma INCompra: 4 a cargo de gestión hotelera y ambiental y 2 a cargo gestión tecnología clínica e infraestructura

Marzo: 19 ítems definidos para entregar de los cuales 6 no se recibieron en la plataforma INCompra: 3 a cargo de gestión de mantenimiento y 2 a cargo gestión tecnología clínica e infraestructura y 1 a cargo gestión ambiental y soporte hotelero.

- ✗ 12% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (11,77%) Meta 100%

Observaciones:

Enero, no registra acciones de mejora para cierre oportuno

Febrero registra 2 acciones de mejora para cierre oportuno las cuales pasan abiertas en el periodo

Marzo registra 17 acciones de mejora para cierre oportuno, de las cuales 13 acciones de mejora abiertas así: grupo gestión ambiental y soporte hotelero 3 acciones de mejora en el periodo. Grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura. 7 acciones abiertas.

- ✗ 0% Ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (0%) Meta 10%

Observaciones: Apropiado \$ 12,163, Ejecutado \$ 0, Total 0%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 25	

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 98%:

Total indicadores 9

Avanzado 9

Avanzado

- ✓ 100% Operación de avance de administración de historias laborales (Open File) (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (consentimiento informado) (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel (plan documentado y firmado)
 - ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Boletines electrónicos en temas de gestión documental (1 boletín enviado por correo electrónico institucional) Meta 1
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD (100%) Meta 100%
 - ✓ 97% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente (97,33%) Meta 100%
- Observaciones:
- Enero: 75 ítems para entregar de los cuales 4 no se recibieron en la plataforma INCompra
- Febrero: 2 ítems para entregar los cuales se recibieron
- Marzo: no tenían ítems definidos para entregar
- ✓ 85% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología (76,92%) Meta ≥ 90
 - ✓ Observaciones: Para la línea de la tecnología estaban programadas 13 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación >=90% diez (10), dos (2) con calificación parcial entre 71% y 89% y una (1) con calificación <=70%.

3.4 Gestión del gasto

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%:

Total indicadores 8

Avanzado 7

Satisfactorio 1

Avanzado

- ✓ 100% Plan anual de adquisiciones aprobado y publicado (publicado en SECOP II)
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (15,25%) Meta 5%
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (20,69 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (37,67 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (46,67 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (100%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 25	

Satisfactorio

- 74% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera (66,67%) Meta ≥ 90
Observaciones: Para la línea gestión financiera estaban programadas 18 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación $\geq 90\%$ doce (12), tres (3) con calificación parcial entre 71% y 89% y tres (3) con calificación $\leq 70\%$.

3.5 Gestión contable

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 89%:

Total indicadores 12

Avanzado 10

Satisfactorio 1

Insuficiente 1 (8%)

Avanzado

- 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (9,79 días) Meta ≤ 15 días
- 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes enviados) Meta 3
- 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web (3 estados financieros publicados) Meta 3
- 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (100%) Meta 100%
- 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 informe) Meta 1
- 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades (1 reporte) Meta 1
- 100% Oportunidad entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya (reportes cargados)
- 98% Cumplimiento de prestaciones costeadas (97,92%) Meta 100%
- 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (92,31%) Meta 100%
Observaciones: 13 variables, 1 sin cumplimiento: Ha socializado ni desplegados los riesgos actuales del proceso con los colaboradores del proceso

Satisfactorio

- 74% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera (66,67%) Meta ≥ 90
Observaciones: Para la línea gestión financiera estaban programadas 18 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación $\geq 90\%$ doce (12), tres (3) con calificación parcial entre 71% y 89% y tres (3) con calificación $\leq 70\%$.

Insuficiente

- × 0% Costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (103,06) Meta $\leq 80\%$
Observaciones: Total costo asistencial \$ 267,722,472,591 Total ingresos operacionales \$ 259,772,144,196

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 19 de 25	

3.6 Gestión comercial

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:

Total indicadores 23

Avanzado 20

Satisfactorio 1

Insuficiente 2 (9%)

Observaciones

- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora
- Mejorar la respuesta a glosa dentro de los términos legales

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (111,32%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones :
Enero 114.16%: \$ 21,922,157,299 facturado / \$19,203,717,916 meta facturación
Febrero 108.93%: \$ 24,006,126,230 facturado / \$22,037,948,409 meta facturación
Marzo 110.86%: \$ 26,274,576,117 facturado / \$23,700,310,043 meta facturación
- ✓ 100% Documento plan integral de cartera actualizado (Plan en siapinc GCM-P03-PL-01)
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (119,32%)
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
Observaciones:
Enero 119.41%: \$ 21,540,193,469 recaudado / \$18,038,966,970 meta recaudo
Febrero 109.98%: \$ 23,000,078,128 recaudado / \$20,912,243,737 meta recaudo
Marzo 128.58%: \$ 27,376,393,458 recaudado / \$21,291,963,726 meta recaudo
- ✓ 100% Depuración la cartera (2019-2022). (11%) Meta 6,25%. Acumulado a I trimestre 2021 67,72%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (207%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,02%) Meta <=3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Documento plan de ventas institucional aprobado (documento elaborado)
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (26,44%) Meta 25%
- ✓ 100% Plan de mercadeo actualizado (plan en siapinc GCM-P01-PL-01)
- ✓ 100% Ejecución del plan de mercadeo (25,29%) Meta 25%
- ✓ 100% Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión comercial (100%)
Meta ≥ 90
- ✓ 100% Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (25%)
Meta 25%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 99% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (99,42%)
Min. 80%, Est. 90%, Máx.100%
- ✓ 94% Autorizaciones obtenidas (84,98%) Meta >=90%
Observaciones: Autorizaciones obtenidas. 40.564, Autorizaciones solicitadas 47.798

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 20 de 25	

Satisfactorio

- 60% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (15%) Meta 25%
Observaciones: Actividades realizadas 3 de 20 para la vigencia (indicador acumulativo) Para el primer trimestre se habían propuesto capacitaciones con los servicios de Cabeza y Cuello, Ginecología, Urología y Gastroenterología, De cuatro (4) servicios o actividades propuestas en el primer trimestre se realizaron tres (3): una con Dermatología, Medicina Nuclear y por Plan de capacitación “taller negociación en salud”

Insuficiente

- ✖ 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (50%) Meta 100%
Observaciones:
Enero, no registra acciones de mejora para cierre oportuno
Febrero registra 1 acción de mejora la cual se cerró oportunamente
Marzo registra 1 acción de mejora para cierre oportuno, la cual pasa abierta
- ✖ 23% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (23,30%). Meta 100%
Observaciones:
Enero 6.42%: \$ 522.230.623 glosa respondida de \$ 8.137.867.236 objeciones
Febrero 17.97%: \$ 2.179.403.060 glosa respondida de \$ 12.128.987.495 objeciones
Marzo 45.517%: \$ 2.846.275.035 glosa respondida de \$ 6.254.243.379 objeciones

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el primer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%:

Total indicadores 19

Avanzado 17

Insuficiente 2 (11%)

Observaciones:

- Mejorar la entrega oportuna de estudios previos
- Ejecución de actividades del proyecto de sistematización integral

Avanzado

- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,82%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,53%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Disponibilidad del sistema SAP (99,93%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (730,88 milisegundos) Meta <=1500 milisegundos
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%)
Min. 93%, Est. 96%, Max. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%)
Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo critico solucionados dentro de periodo (100%)
Min. 70%, Est. 80%, Max. 90%
- ✓ 100% Incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (97,17%)
Min. 70%, Est. 80%, Max. 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 25	

- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Ejecución el proyecto de sistematización integral (39,86%) Meta 10%
Observaciones: Apropiación: \$700, Ejecutado: \$ 279, Total:40%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de la nueva Telefonía (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021 (100%) Meta 100%
- ✓ 97% Implementación de la página web INC (96,98%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (93,33%) Meta 100%
Observaciones: 15 variables evaluadas, 1 sin cumplimiento: Tiene acciones de mejora vencidas
- ✓ 85% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología (76,92%) Meta ≥ 90
Observaciones: Para la línea de la tecnología estaban programadas 13 metas de las cuales que fueron cumplidas con calificación $\geq 90\%$ diez (10), dos (2) con calificación parcial entre 71% y 89% y una (1) con calificación $\leq 70\%$.

Insuficiente:

- ✗ 53% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (52,72%) Meta 100%
Observaciones:
Enero: 11 ítems para entregar de los cuales 6 no se recibieron en la plataforma INCompra a cargo grupo gestión de aplicaciones
Febrero: no tenían ítems definidos para entregar
Marzo: 5 ítems para entregar de los cuales 2 no se recibieron en la plataforma INCompra: 1 a cargo grupo gestión de aplicaciones y 1 a cargo grupo soporte redes y hardware
- ✗ 30% Cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral (3%) Meta 10%

Oportunidades de mejora POAS administrativos

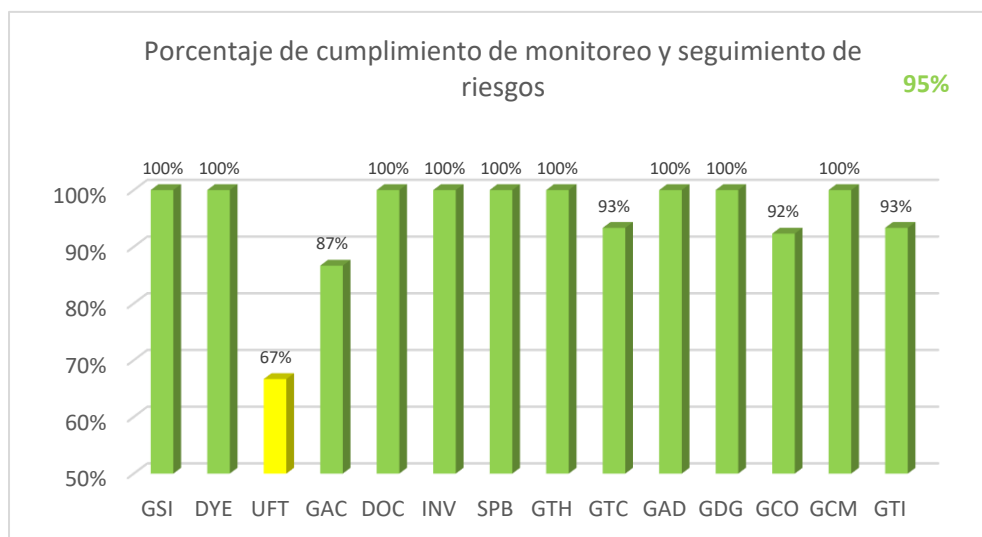
- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

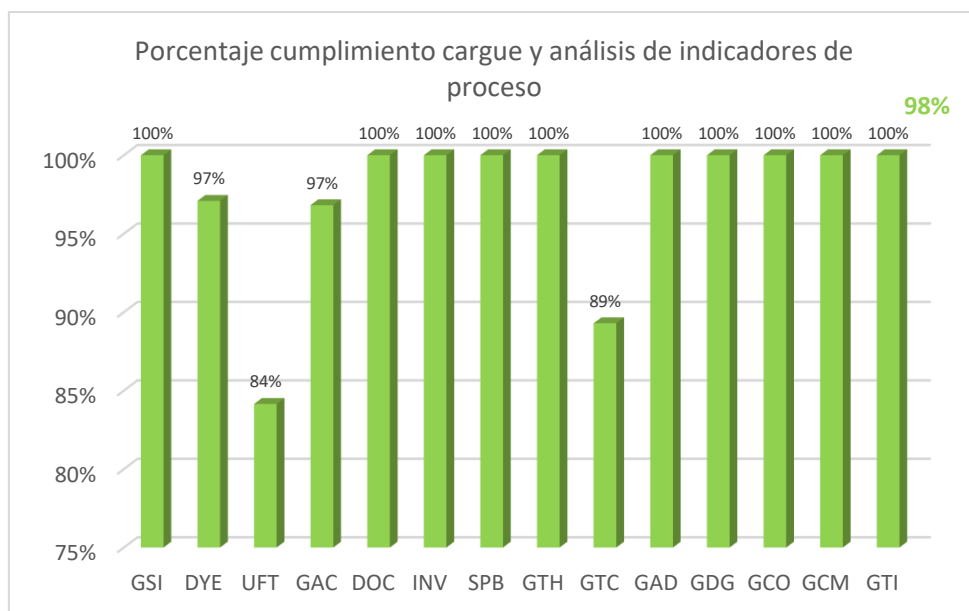
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el primer trimestre 2021:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 22 de 25			

- Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos



- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

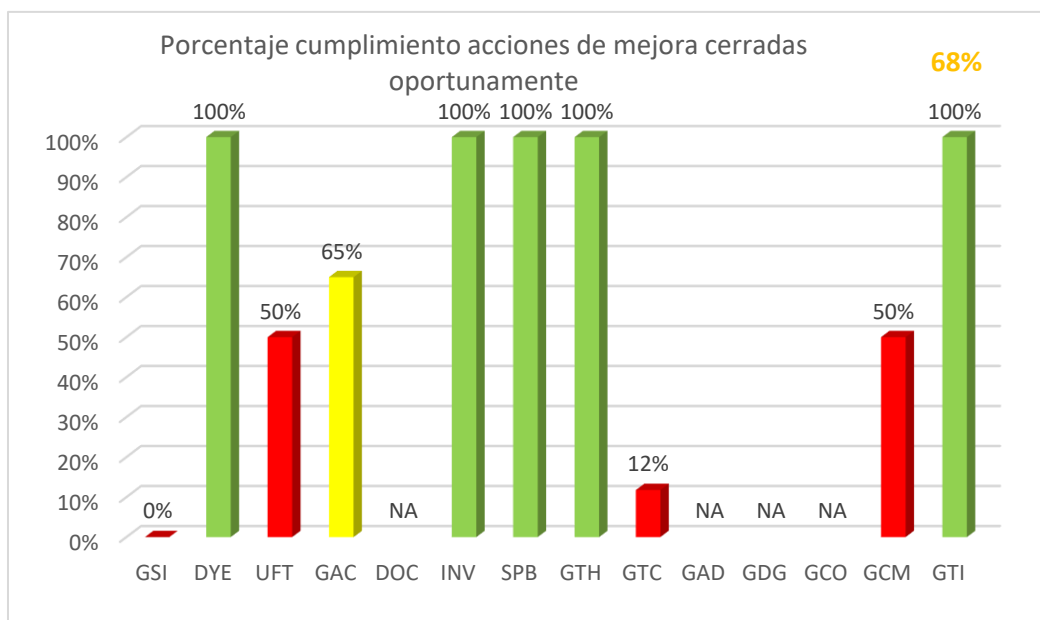


- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.

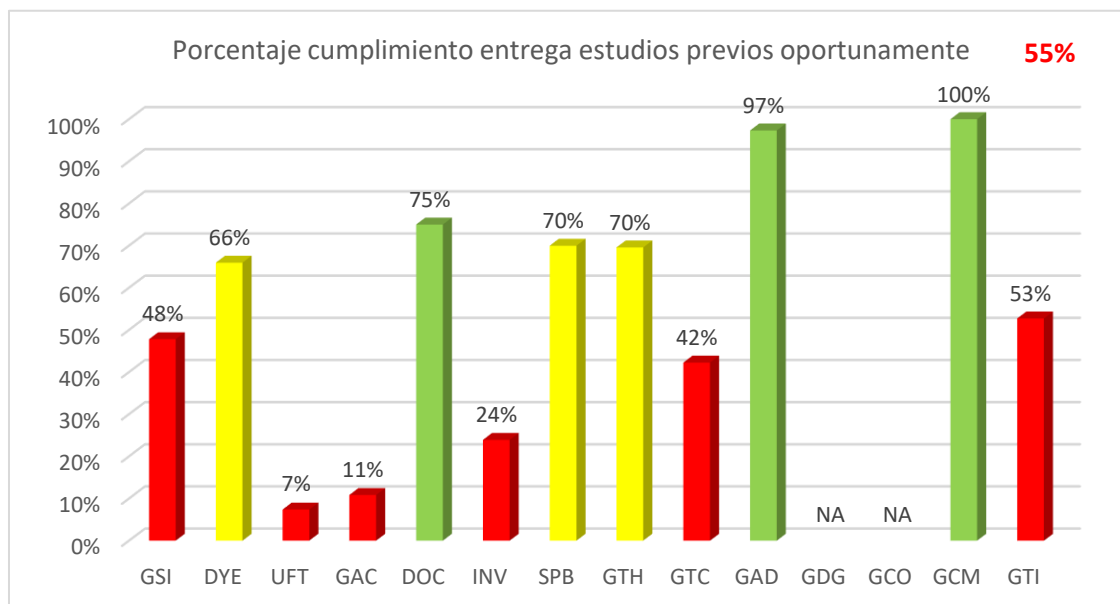
No aplica debido que al I trimestre estaba en proceso de revisión y aprobación los POAS, dado que algunas metas del PDI se revisaron nuevamente para definir el alcance y la programación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 23 de 25			

- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



- Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente



CONCLUSIONES

Principales actividades que impactaron en el cumplimiento del POA:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 24 de 25	

- * Gestión de los proyectos
- * Cierre oportuno de las acciones de mejora
- * Entrega oportuna de estudios previos
- * Ejecución de planes y programas

Dificultades para la consolidación y aprobación de los POAS 2021

- * Definición de programación y responsables de los indicadores PDI - POA
- * Múltiples reuniones de revisión de metas PDI programadas para la vigencia
- * Disponibilidad de agenda por parte de los coordinadores de grupo área y grupo para la revisión del POA 2021
- * Aproximadamente entre 15 días a 1 mes para la firma de los POAS
- * Cambio de coordinadores en algunos grupos, lo que retrasó el proceso de firma dado que se debía revisar y ajustar nuevamente
- * Modificación en SIAPINC a la estructura del plan POA, lo que generó un reproceso de 15 días ya que se tuvo que crear nuevamente el plan
- * Dificultad para trabajar la propuesta de los POAs en power point.

Oportunidades de mejora

- ✓ Retomar la metodología de construcción de los POAs a través de mesas de trabajo con cada proceso.
- ✓ Iniciar con la construcción de los POAs 2022 desde el mes de octubre de tal forma que a diciembre se encuentren aprobados.
- ✓ Mejorar la oportunidad de firma de los POAs.
- ✓ Por parte de los líderes de proceso sugieren que la propuesta de los POAs se envíe en formato excel.

Giovana Guerrero C

Elaborado por
Hedy Giovana Guerrero Correales
Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas

Dairys Yulieth Barrios Bonilla

Revisado por
Dairys Yulieth Barrios Bonilla
Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas

Adriana Patricia Hernández Baquero

Aprobado por
Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA
DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 25 de 25			

			Planeación y Sistemas		
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	29-10-2020	Fecha:	31-10-2020	Fecha:	31-10-2020

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OYM
1	05-07-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-10-2020	modificar informe por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina