

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 1 de 23			

Fecha del Informe:	30/08/2021
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual II trimestre 2021
Proceso:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional – GSÍ
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.....	22

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

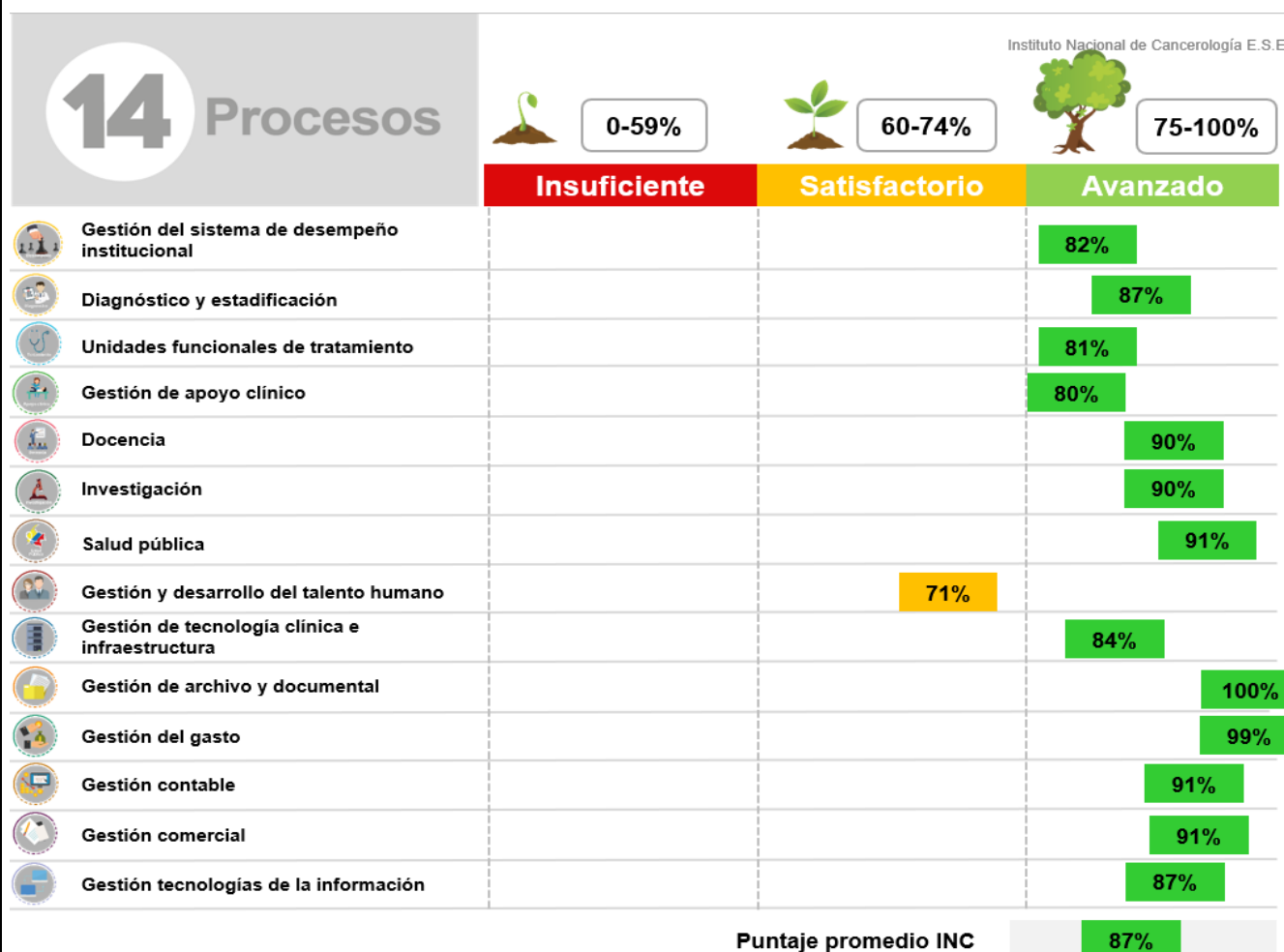
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 2 de 23			

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 87% en los planes operativos anuales.

	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 23	

Observaciones generales

Total indicadores POA II trimestre: 272
 Avanzado 222
 Satisfactorio 12
 Insuficientes 38 (14%)

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 la entrega oportuna de estudios previos
- Ejecutar la señalización de áreas para personas con discapacidad de acuerdo con lo programado.
- Total indicadores 32
 Avanzado 25
 Satisfactorios 3
 Insuficientes 4 (13%)

Para el segundo trimestre de 2021 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 82%:

Avanzado

- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM elaborados y enviados) Meta 14
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (100%)
- ✓ Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales (100%)
- ✓ Mín 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de responsabilidad social (100%)
- ✓ Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Participar en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL) para el control de cáncer (Realizada el 19 de marzo 2021) Meta 1
- ✓ 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 (ficha actualizada) Meta 1
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (97,83%) Meta >= 90%
- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme (98,14%) Meta >=70%
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados en el INC (100%)
- ✓ Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 100%
- ✓ 98% Satisfacción de los usuarios pacientes (97,99%)
- ✓ Mín. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (96%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 4 de 23	

Observaciones:

Abril: 20 indicadores programados, 2 sin registro: Razón de eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos. * Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término.

Mayo 14 programados y cargados

Junio 47 programados, 1 sin registro: Porcentaje de cumplimiento de las actividades del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

- ✓ 94% Cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (94,04%)

Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Observaciones : 221 funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos de 235 encuestados

- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (93%) Meta 100%

- ✓ Observaciones: 15 evaluadas, 1 sin cumplimiento: Modifico la información del riesgo (Análisis y evaluación, redefinición de controles, plan de tratamiento, entre otros)

- ✓ 92% Nivel uso de canales de comunicación (91,70%)

Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Observaciones : 232 pacientes o familiares que usan los canales formales internos de 253 encuestados

- ✓ 91% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (90,54%) Meta 100%

- ✓ Observaciones: Para el II trimestre programados 37, con cargue y análisis oportuno 33.5

- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización (87,50%) Meta 100% Observaciones: 35 actividades ejecutadas de 40 programadas Derechos y deberes y decálogo de humanización 5 actividades ejecutadas de 5 Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro 13 actividades ejecutadas de 17 Espacios y tecnología humanizada 8 actividades ejecutadas de 9 Soporte y cuidado paliativo 9 actividades ejecutadas de 9

- ✓ 87% Cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022 (vigencia 2020) (87%)

Mín. 80%, Est. 95%, Max. 100%

Observaciones : Resultado ponderado 87% de cumplimiento del PDI para esta vigencia. Cumplimiento ponderado desagregado por ejes: dirección 85%, misional 88% y apoyo 89%

- ✓ 85% Acciones de mejoramiento cerrada acumulado (85,14%)

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Observaciones : 74 acciones de mejora programadas, 11 sin cerrar :

1. Medir el criterio de impacto ambiental en la compra en las tecnologías del Instituto. Responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virguez

2. Definir plan de gobierno del dato Responsable: Carlos Andres Guerrero Gonzalez

3. Articular los diferentes programas establecidos en la institución que apliquen a promoción y prevención. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho

4. Definir estrategias para mejorar la asistencia de pacientes y familiares a las capacitaciones. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho

5. Realizar ronda de verificación de cuidador para establecer la ruta de ingreso al cuidador para optimizar los tratamientos hospitalarios Responsable: Carlos Hernan Rodriguez Martinez

6. Solicitud a comunicaciones para señalización del área Responsable: Carolina Aristizabal Niño

7. Realizar Propuesta de austeridad y Eficiencia Responsable: Subdirección Administrativa y Financiera:

8. Realización de protocolo de manejo para complicaciones secundarias a la inserción de catéter venoso central Responsable: Santiago Lorenzo Cifuentes

9. Re - entrenamiento de los profesionales responsables de la inserción de catéter venoso central. Responsable: Paula Andrea Gomez Henao

10. Socializar el paquete instruccional de salud mental con énfasis en el manejo de riesgos en salud mental Responsable: Ligia Elena del Toro Osorio

11. Aplicación de Cierre de Nubes Públicas, de Cierre de Redes Sociales, de Cierre de Correos Personales y de Cierre de sitios de transferencia de información de gran volumen. Responsable: Carlos Andres Guerrero Gonzalez

- ✓ 85% Cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (34%) Meta 40%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 23	

- Observaciones: Total apropiación: \$ 622, Ejecución: \$ 222, Total \$ 36%. Actividades: 32%
- ✓ 83% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (83%) Meta 100%
- Observaciones:
- Abril una acción mejora la cual se cierra oportunamente
- Mayo no registra acciones de mejora
- Junio 6 acciones de mejora programadas, 2 abiertas a cargo de: 1 a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera y 1 grupo área gestión financiera
- ✓ 75% Página web institucional mejorada

Satisfactorio

- 70% Cumplimiento de la gestión de proyectos (28%) Meta 40%
- Observaciones: Total apropiación \$ 31.025, Ejecutado: \$ 6.718, Ejecución: 22%. Actividades: 35%
- 69% Cierre de acciones de mejora de acreditación (69%)
- Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- Observaciones : 13 acciones de mejora programadas, 4 sin cerrar : Acciones de mejora sin cerrar :
1. Articular los diferentes programas establecidos en la institución que apliquen a promoción y prevención.
Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 2. Definir estrategias para mejorar la asistencia de pacientes y familiares a las capacitaciones.
Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 3. Acción: Medir el criterio de impacto ambiental en la compra en las tecnologías del Instituto.
Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 4. Definir plan de gobierno del dato. Responsable: Luis Eduardo Martinez Gonzalez
- 62% Ejecución del plan de cooperación (62,50%) Meta 100%
- Observaciones: 5 actividades ejecutadas de 8 programadas

Insuficiente

- ✗ 57% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad (46%)
- Observaciones : 6 pisos señalizados de 13 programados
- ✗ 0% Acciones de mejoras implementadas por referenciación (0%)
- Mín. 40%, Est. 50%, Máx.60%
- Observaciones : Se realizó una referenciación ; la cual no se suscribió plan de mejora en la herramienta SIAPINC
- ✗ 0% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (0%) Meta 100%
- Observaciones :
- Abril: 1 ítem definido para entregar el cual no se recibió en la plataforma INCompra a cargo de Asesoría de Calidad
- Mayo: 2 ítems definidos para entregar, los cuales no se recibieron en la plataforma INCompra a cargo de Asesoría de Calidad
- Junio no tenía ítems definidos para entregar

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Número de talleres realizados de análisis de indicadores

2. PROCESOS MISIONALES

Observaciones POA Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 6 de 23	

- Mejorar el cierre de acciones de mejora
- Mejorar la entrega de estudios previos

2.1 Diagnóstico y estadificación

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%

Total indicadores 17

Avanzado 14

Insuficiente 3 (17,6%)

Avanzado

- ✓ 100% Promedio cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (97,84%). Meta. >=90%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (53%). Meta. 40%
Observaciones: Apropiación \$1.242 Valor ejecutado \$814 % ejecución 66%. % actividades ejecutadas 40%
- ✓ 100% Porcentaje de 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). (40%). Meta. 40%
Observaciones: Apropiación \$393 Valor ejecutado \$162 % ejecución 41%. % actividades ejecutadas 38%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana). (25 días).
Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC. (7 días). Mín. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio. (14,33 días).
Mín. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (4,89 días).
Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (2,50 días).
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología. (2,01 días).
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 98% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (98,44%). Meta. 100%
- ✓ 93% Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE. (93,33%). Meta. 100%
- ✓ 88% Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (87,5%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✗ 50% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. (20%). Meta. 40%
Observaciones: Apropiación \$4: Valor ejecutado \$0, % ejecución 0%. % actividades ejecutadas 40%
- ✗ 48% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. (48,39%). Meta. 100%
Observaciones:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 7 de 23	

Abril: NA
 Mayo: NA
 Junio 42/107 pendientes Grupo Patología Oncológica
 * 0% Oportunidad en la toma del PET. (24,74 días).
 Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%:
 Total indicadores 24
 Avanzado 18
 Satisfactorio 3
 Insuficientes 3 (12,5%)

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (38,15). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2). 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. (9,06 minutos). Min. 20 min Est. 30 min Max. 45 min
- ✓ 100% Ejecución del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer en tres servicios asistenciales. (100%). Meta. 40%
- ✓ Observaciones : Apropiación \$155. Valor ejecutado \$155, % ejecución 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (25,44 horas).
Min. 48 horas Est. 60 horas Max. 72 horas
- ✓ 100% Aceptación de pacientes referidos. (43,25%). Min. 39% Est. 44% Max. 59%
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo. (99,73%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana). (13,33 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. (97,3%). Meta. 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería. (90,67%). Meta. 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica. (92,09%). Meta. 90%
- ✓ 100% Cobertura de bienvenida al paciente del INC. (94,41%). Meta. 90%
- ✓ 98% Satisfacción del usuario. (97,99%).
Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (81,67%). Meta. 85%
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC. (86,67%). Meta. 100%
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (87,46%). Meta. 100%
- ✓ 83% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (82,69%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 73% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria. (29%). Meta. 40%
- Observaciones: Apropiación \$275. Valor ejecutado \$60, % ejecución 22%. % actividades ejecutadas 36%
- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (67,45%). Meta. 100%
- 65% Cumplimiento de actividades del Centro de Gestión al Paciente con Cáncer. (26%). Meta. 40%

	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 23	

Insuficiente

- ✖ 50% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (50%). Meta. 100%

Observaciones:

Abril: 100%

Mayo: pendiente Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

Junio: NA

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Implementación del modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas.
- ✖ 0% Índice de rotación interna de personal de enfermería.

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 81%:

Total indicadores 25

Avanzado 18

Satisfactorio 3

Insuficiente 4 (16%)

Avanzado

- ✓ 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). (97,84%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (46,67días).
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (21,67 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (24 días).
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (25,6 días)
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) - promedio. (40,15 días).
Mín.30 días Est. 45 días Máx.55 días
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas. (1,5).
Mín.1 Est. 3 Max. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,42%).
Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (8,11%).
Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (62%). Meta. 40%
Observaciones : Apropiación \$53 : Valor ejecutado \$53, % ejecución 100%. Actividades: 23%
- ✓ 100% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal. (100%). Meta. 100% (10 SRS, SBRT de otras localizaciones)
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional. (22,12%). Meta. 20%
- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización. (87,5%). Meta. 100%
- ✓ 88% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (35%). Meta. 40%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 23	

- Observaciones: Apropiación \$245 Valor ejecutado \$99, % ejecución 40%. Actividades: 30%
- ✓ 88% Cirugía ambulatorias realizadas. (36,82%).
Min. 37% Est. 39% Max. 42%
 - ✓ 84% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad. (84,02%).
Min. 60% Est. 75% Máx. 100%
 - ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (84,31%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 69% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (61,95%).
Min. 75% Est. 80% Máx. 90%
- 69% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso UFT. (68,75%). Meta. 100%
- 65% Cumplimiento de actividades del programa para la medición y seguimiento de la calidad del vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC. (26%). Meta. 40%

Insuficiente

- ✗ 43% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. (17%). Meta. 40%
- ✗ 33% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (33,33%). Meta. 100%
- ✗ 18% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (17,78%). Meta. 100%
- ✗ 0% Evidencia de socialización del programa de humanización. (0). Meta. 1
- ✗ Observaciones: Las evidencias corresponden al I trimestre de 2021

2.4 Docencia

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Total indicadores 12

Avanzado 11

Insuficiente 1 (8%)

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC. (100%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de bienestar para el personal en formación. (55,13%). Meta. 30%
- ✓ 100% Implementación del plan de desarrollo docente del INC. (48,15%). Meta. 12,5%
- ✓ 100% Cumplimiento de los indicadores de la política de docencia. (100%). Meta. 80%
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación. (96,06%). 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%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC. (100%). Meta. 100%
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios. (96,93%).
Min 80% Est 90% Max 100%
- ✓ 88% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC. (88,02%).
Min. 80% Est 90% Max. 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC.

	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 23	

- ✱ Observaciones :
- MAYO DE 2021, registra UNA (1) acción de mejora para cierre oportuno así: GRUPO ÁREA DOCENCIA.
- Plan De Mejora PMG-21-00019 contenido en UNA (1) acción de mejora con vencimiento 31/05/2021, la cual pasa vencida y abierta en el periodo.

2.5 Investigación

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Total indicadores 15

Avanzado 14

Insuficiente 1 (6,6%)

Avanzado

- ✓ 100% Número de reuniones con actores de la red para avanzar en el reconocimiento y articulación de la investigación en cáncer en Colombia. (3). Meta. ≥ 1
- ✓ 100% Actividades de socialización de la información, donantes y muestras del Biobanco (BNTTF). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Informes de seguimiento periódico a la participación de los proyectos SWOG en curso aprobados en el INC. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de reuniones para creación de la Red Nacional de Cáncer Hereditario. (1). Meta. 100%
- ✓ 100% Documento de informe del censo de las Bases de datos del INC. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documento Técnico que contiene la propuesta de Modelo de Innovación aplicable en el INC. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Documento con el informe de caracterización de investigadores del INC en el (SNCTI). (1). Meta. 1
- ✓ 100% Tiempo de respuesta a solicitudes generales en el trimestre. (27,05 días). Meta. ≤ 45 días
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de investigación. (45,98%). Meta. 40%
- ✓ Observaciones: Apropiación \$2.638, Valor ejecutado \$1.213, % ejecución 46%
- ✓ 100% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. (34%). Meta. 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV. (92,31%). Meta. 100%

Insuficiente

- ✱ 50% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente. (50%). Meta. 100%
- Observaciones:
- Abril: Pendientes Grupo Área de Investigaciones, Grupo Investigación de Biología del Cáncer, GRUPO EVALU. Y SEG. SERV. ONCOLOG.

2.6 Salud pública

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

Total indicadores 12

Avanzado 11

Insuficiente 1 (8,3%)

	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 23	

Avanzado

- ✓ 100% Reunión de socialización con el Ministerio de Salud y Protección Social para validación de la metodología. (3). Meta. 1
- ✓ 100% Documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer. (2). Meta. 1
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa. (2). Meta. 1
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas por año. (3). Meta. 3
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (39,92%). Meta. 40%
- ✓ Observaciones: Apropiación \$1.325, Valor ejecutado \$529, % ejecución 40%
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. (100%). Meta. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (38%). Meta. 40%

Insuficiente

- 0% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente. (0%). Meta. 100%
- Observaciones:
- Abril. NA
- Mayo: pendiente Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer
- Junio. NA

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 71%:

Total indicadores 32

Avanzado 20

Satisfactorios 2

Insuficientes 10 (31%)

Observaciones:

- Mejorar los indicadores del programa de bienestar
- Mejorar los indicadores del programa de capacitación.
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Documento de procedimiento o tipo documental definido para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC (que incluya un cronograma de ejecución). (1). Meta. Documento preliminar
- ✓ 100% Convocatorias desiertas. (Porcentaje de convocatorias desiertas).
Min. 35% Est. 45% Max. 50%
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (55,5 días)
Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 12 de 23	

- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (Cumple con 3 de las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación). (Cumple con 3 de las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados). (Cumple con 3 de las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (23 días). Meta. 30 días
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de capacitación, entregado a la coordinadora de GTH. (1) Meta. 1
- ✓ 100% Rotación del personal. (2,97).
Min. 5 Est. 10 Max. 15
- ✓ 100% Cronograma de actividades del plan de bienestar, entregado a la coordinadora de GTH. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. (105%). Meta. 100%
Observaciones : De las 337 actividades programadas para el 1 semestre se ejecutaron 354 el incremento de las actividades se debió a solicitudes extras de inspecciones de puestos de trabajo, capacitaciones en algunos servicios, actividades de riesgo cardiovascular
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid). (5,65).
Min. 0 Est. 10 Max. 15
- ✓ 100% Ausentismo por causas definidas. (1,58%). Meta. <=5%
- ✓ 100% Índice de severidad (sin covid). (22,61).
Min. 0 Est. 50 Max. 100
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. (100%). Meta. 100%
- ✓ 93% Ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional. (93,33%). Meta. 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH. (92,31%). Meta. 100%

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (67%). Meta. 67%. Cumple con 2 de las 3 fechas programadas
- 67% Apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas. (53,77%). Meta. >=80%

Insuficiente

- ✗ 37% Ejecución de actividades del plan de bienestar. (36,84%). Meta. 100%
- ✗ 31% Cobertura del plan de bienestar. (29,23%). Meta. >=95%
- ✗ 31% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH. (30,56%). Meta. 100%
Observaciones: Estudios previos
Abril: no entregó Grupo Planificación Remuneración y Registro de Talento Humano
Mayo: no entregó Grupo Bienestar y Capacitación
Junio: no entregó Grupo Bienestar y Capacitación
- ✗ 18% Cobertura del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. (17,46%). Meta. >=95%
- ✗ 15% Ejecución presupuestal del plan de bienestar. (7,38%). Meta. 50%
Observaciones: Apropiado: 470,000,000, Ejecutado: 34,693,177
- ✗ 6% Ejecución de actividades del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. (6%). Meta. 100%
- ✗ 5% Ejecución presupuestal del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. (2,42%). Meta. 50%
Observaciones: Apropiado: 389,187,000, Ejecutado: 9,424,000
- ✗ 0% Capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post ó informe). (no se realiza medición).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 23	

- ✖ 0% Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales. (No adjunta informe).
- ✖ 0% Implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa. (pendiente ajuste por parte del responsable)

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

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

Total indicadores 25

Avanzado 20

Satisfactorio 1

Insuficiente 4 (16%)

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% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones : 337 actividades programadas y ejecutadas
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP (PMR elaborado) Meta 50%
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,07%)
Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR (15 informes) Meta 5
- ✓ 100% Funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 80%
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (98,57%) Meta 100%
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (98,955)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Satisfacción del servicio de vigilancia (98%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (96,67%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Satisfacción servicio de Lavandería (97,3%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (95,98%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones: Equipos médicos con Mantenimiento Preventivo cumplido: 698 de 727 programados
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (93,61%) Meta 100%
Observaciones:

	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 23	

- Abril: 8 indicadores, 1 sin cargue Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo
 Mayo: 8 indicadores programados y cargados
 Junio: 15 indicadores, 1 sin cargue: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (86,66%) Meta 100%.
 Observaciones: 15 variables evaluadas, 2 no se cumplieron:
 *Modifico la información del riesgo (Análisis y evaluación, redefinición de controles, plan de tratamiento, entre otros)
 *Reconoce las acciones de tratamiento de los riesgos priorizados
 - ✓ 85% Cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (34%) Meta 40%
 - ✓ 85% Ejecución del cronograma PIGA (84,61%) Meta 100%
 Observaciones:
 Abril actividades ejecutadas 9 de 13 programadas. No se realizaron capacitaciones
 Mayo: 11 actividades ejecutadas de 13 programadas. Se reprogramaron actividades
 Junio: 12 actividades programadas y ejecutadas
 - ✓ 82% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (82%)
 Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
 Observaciones :
 Abril (85,84%): 570 solicitudes realizadas de 664 recibidas
 Mayo (81,95) %: 513 solicitudes realizadas de 626 recibidas
 Junio (78,30) %: 534 solicitudes realizadas de 682 recibidas
 - ✓ 78% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (31%) Meta 40%

Satisfactorio

- 64% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (25,66%) Meta 40%
 Observaciones: Total apropiación: \$ 10,209, Ejecución: \$ 2,620, Total 26%

Insuficiente

- ✗ 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (50%) Meta 100%
 Observaciones:
 Abril: No registra acciones de mejora para cierre
 Mayo: No registra acciones de mejora para cierre
 Junio: 6 acciones de mejora para cierre, no se cerraron 3 así: 2a cargo grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura, 1 a cargo grupo gestión ambiental y soporte hotelero
- ✗ 50% Cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC (50%) Meta 100%
 Observaciones: Dos tecnologías ahorradoras programadas. Se tiene contrato ascensores. Reutilización aguas lluvias pendiente
- ✗ 44% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (44,44%) Meta 100%
 Observaciones:
 Abril: 90 ítems definidos para entregar, no se recibieron 81 así: 4 cargo grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura; 73 a cargo gestión tecnología clínica y 4 a cargo gestión de mantenimiento
 Mayo: 10 ítems definidos para entregar, no se recibieron 3 a cargo gestión de mantenimiento
 Junio: 15 ítems definidos para entregar, no se recibieron 7 así: 3 cargo grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura y 4 a cargo gestión de mantenimiento
- ✗ 5% Ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (2,18%) Meta 40%
- ✗ Observaciones: Total apropiación: \$ 12,434, Ejecutado: \$ 271, Total ejecutado: 2%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 23	

3.3 Gestión de archivo y documental

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Total indicadores 10

Avanzado 10

Avanzado

- ✓ 100% Operación de avance de administración de historias laborales (Open File) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan de Trabajo Archivístico actualizado (1 plan elaborado) Meta 1
- ✓ 100% Avance de Plan Archivístico (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% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas de gestión documental (2 boletines elaborados y enviados por correo masivo) Meta 2
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 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%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD (100%) Meta 100%

3.4 Gestión del gasto

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%:

Total indicadores 8

Avanzado 8

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (35.66%) Meta 30%
Observaciones: De 1102 ítems de Plan Anual de Adquisiciones (inicial), se han adjudicado 393 ítems
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (27.5 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días (Se calcula el 10% adicional sobre la meta $25 \times 10\% = 2,75$ días, resultado está dentro de la nueva meta)
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (49.46 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (64.50 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días (Se calcula el 10% adicional sobre la meta $60 \times 10\% = 6,6$ días, resultado está dentro de la nueva meta)
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (70 días)
Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (92%) Meta 100%
Observaciones: Se evaluaron 13, 1 variable sin cumplimiento:
*Reconoce las acciones de tratamiento de los riesgos priorizados

3.5 Gestión contable

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 23	

Total indicadores 13

Avanzado 12

Insuficiente 1 (8%)

Observaciones:

- Mejorar la oportunidad en el trámite de las facturas

Avanzado

- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes enviados) Meta 100%
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (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% Costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso (73,57%) Meta $\leq 80\%$
- ✓ 100% Dictamen de revisoría fiscal (dictamen sin salvedades)
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%.
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de prestaciones costeadas (97,99%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (92,31%) Meta 100%
- ✓ 80% Estados financieros presentados y publicados en la página web (informes de abril y mayo elaborados sin publicar en página web)

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (29,36 días) Meta ≤ 15 días (Se aplica 10% sobre la meta (15, *10%) nueva meta 16,5 días, resultado no está dentro de la nueva meta)

3.6 Gestión comercial

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%:

Total indicadores 21

Avanzado 19

Insuficiente 2 (9,5%)

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 (115,58%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- Observaciones :
- Abril (103.9%): \$ 24.153 facturado de \$ 23.247

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 23	

- Mayo (111.45%) \$ 25.104 facturado de \$22.524
Junio (131.39%) \$ 25.718 facturado de \$ 19.573
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (109,09%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- Observaciones :
- Abril (107.63%): \$ 27.171 recaudado de \$ 25.245
Mayo (95.71%) \$ 21.871 facturado de \$ 22.850
Junio (123.94%) \$ 26.255 facturado de \$ 21.184
- ✓ 100% Depuración la cartera (2019-2022). (16,25%) Meta 12,50% (Acumulado a II trimestre 2021 73,18%)
 - ✓ 100% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (100,57)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
 - ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (48,15%) Meta 33%
 - ✓ 100% Glosa definitiva (1,43%) Meta <=3%
 - ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Autorizaciones obtenidas (93,11%) Meta >=90%
- Observaciones: Total autorizaciones obtenidas 45.598, Total autorizaciones solicitadas: 48.965
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (53,89%) Meta 50%
- Observaciones: Ventas \$147.179.757.744 / valor proyectado vigencia \$ 273.120.000.000
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (50%)
Meta 50%
 - ✓ 100% Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (100%) Meta 100%
 - ✓ 97% Ejecución del plan de mercadeo (48,28%) Meta 50%
- Observaciones: Al II trimestre se han ejecutado 42 actividades de 87 programadas para la vigencia. No se llevó a cabo el evento de socialización de servicios el cual se reprograma para el mes de julio
- ✓ 95% Conciliación de glosa (76%) Meta >=80%
 - ✓ Observaciones:
Abril (101.68%): \$ 7.896, conciliado de \$ 7.766 reglosa
Mayo (64.22%) \$ 7.784, conciliado de \$ 12.120 reglosa
Junio (62.75%) \$ 8.192 conciliado de \$ 13.054 reglosa
 - ✓ 95% Satisfacción de las aseguradoras (90%) Meta >=95%
 - ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (92%) Meta 100%
- Observaciones: 13 variables evaluadas, 1 sin cumplimiento:
* Establecer plan de tratamiento a riesgo priorizado
- ✓ 90% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (45%) Meta 50%
- Observaciones: Al II trimestre se han ejecutado 9 actividades de 20 programadas para la vigencia.

Insuficiente

- ✗ 40% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (40,45%). Meta 100%
- Observaciones:
Abril (63%): \$ 4.914.515.544 / \$ 7.752.706.417
Mayo (52%): \$3.192.093.380 / \$6.137.934.558
Junio (6%): \$957.679.731 / \$16.107.871.296
- ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (0%) Meta 100%
- Observaciones:
Abril: na
Mayo na

	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 23	

Junio: 1 acción de mejora para cierre la cual pasa abierta a cargo de grupo área gestión comercial

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%:

Total indicadores 26

Avanzado 22

Insuficiente 4 (15%)

Observaciones:

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

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma (61%) Meta 50%
- ✓ 100% Implementación de servicios digitales internos y al ciudadano (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de la página web INC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,88%) Meta: >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (99,94%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP (100%)
Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (524 milisegundos) Meta <=1500 milisegundos
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%)
Mín. 93%, Est. 96%, Máx. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo critico solucionados dentro de periodo (100%)
Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (98,14%) *
Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta >=90%
- ✓ 100% Ejecución el proyecto de sistematización integral (54,10%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral (40%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Documento de evaluación los beneficios, pros y contras de la implementación del Internet de las cosas IOT en el INC.
- ✓ 100% Documento de evaluación de optimización y plan consolidación de DATACENTER
- ✓ 100% Documento Plan de Implementación de Gobierno de la Información
- ✓ 98% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021 (49,02%) Meta 50%
Observaciones: 50 actividades ejecutadas de 102 programadas
- ✓ 91% Implementación del proyecto renovación de la Infraestructura del sistema de información critica SAP (91%) Meta 100%
Observaciones: 122.85 actividades ejecutadas de 135 programadas
- ✓ 86% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (85,71%) Meta 100%
Observaciones: 14 variables evaluadas, 2 sin cumplimiento:
*Establecer plan de tratamiento a riesgos priorizados actuales
* Alguno de sus riesgos se materializo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 19 de 23	

- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (83,78%) Meta 100%
Observaciones: Indicadores programados 37 con cargue y análisis oportuno 31

Insuficiente:

- ✗ 49% Implementación del proyecto de Ampliación Equipos Activos Red Lan en el periodo (48,75%). Meta 100%.
Observaciones: 4 actividades programadas: 1 actividad cumplida al 100%, 1 actividad al 90% y 2 sin cumplimiento
- ✗ 44% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (44,33%) Meta 100%
Observaciones:
Abril: 2 ítems definidos para entregar, 1 no se recibió a cargo de grupo soporte redes y hardware
mayo: 2 ítems definidos para entregar, 1 no se recibió a cargo de grupo de aplicaciones
junio: 3 ítems definidos para entregar, 2 no se recibieron a cargo de grupo de aplicaciones
- ✗ 17% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (17%) Meta 100%
Observaciones:
Mayo: 1 acción de mejora programada la cual no se cierra
Junio: 3 acciones de mejora programadas, 2 sin cerrar

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Documento de Análisis de Automatización de nuevos procesos Fase II

Oportunidades de mejora POAS administrativos

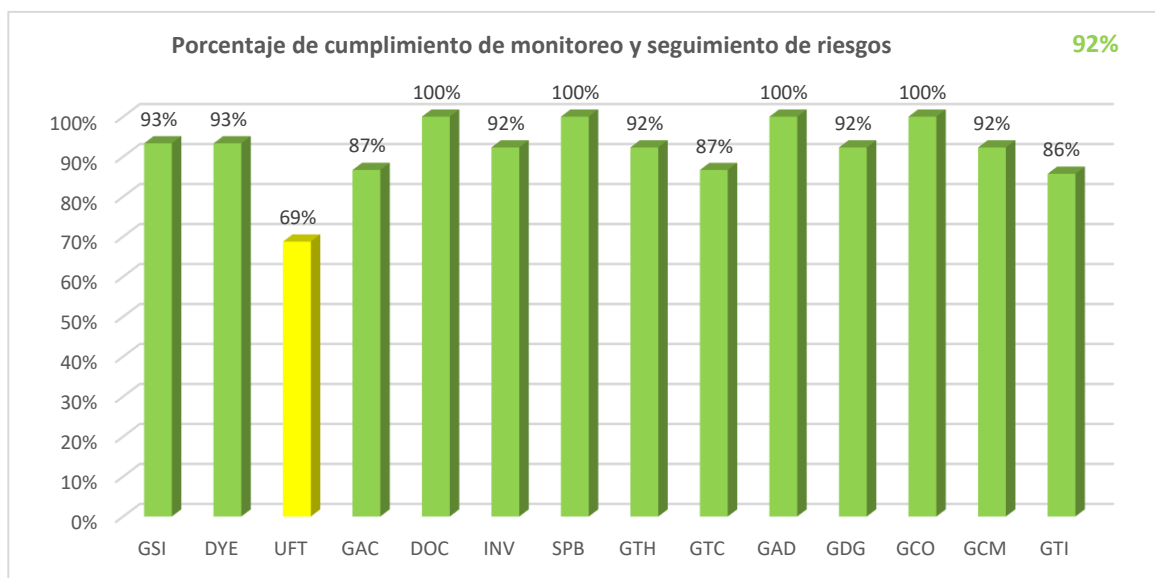
- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar el cierre oportuno de las acciones de mejora.
- Mejorar en la entrega oportuna de estudios previos

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

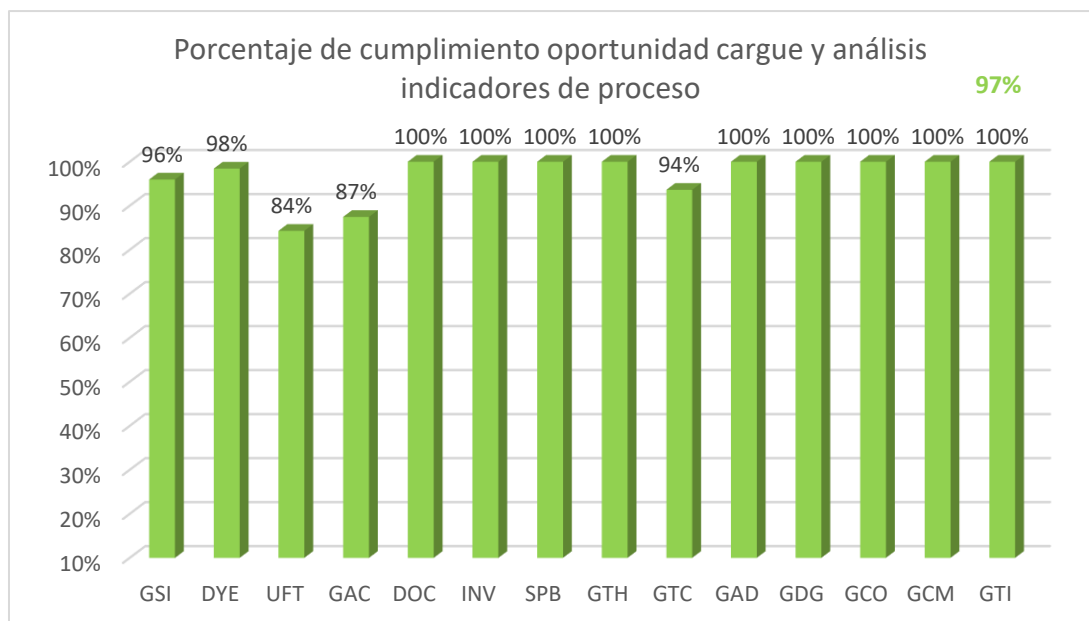
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el segundo trimestre 2021:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	2
	INFORME		VIGENCIA:	31-10-2020
			Página 20 de 23	

- Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

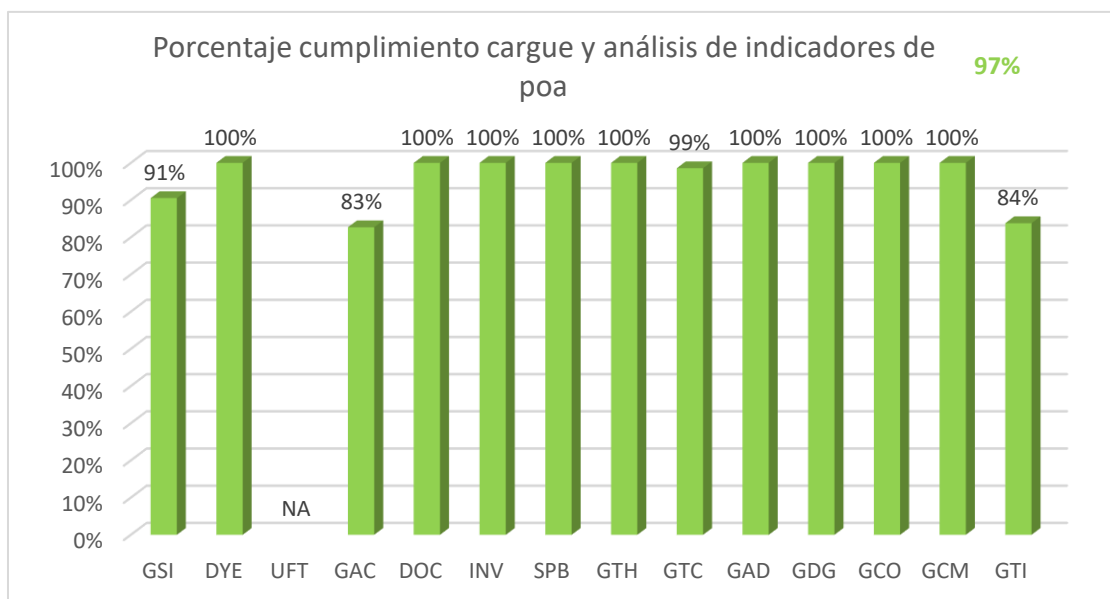


- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso



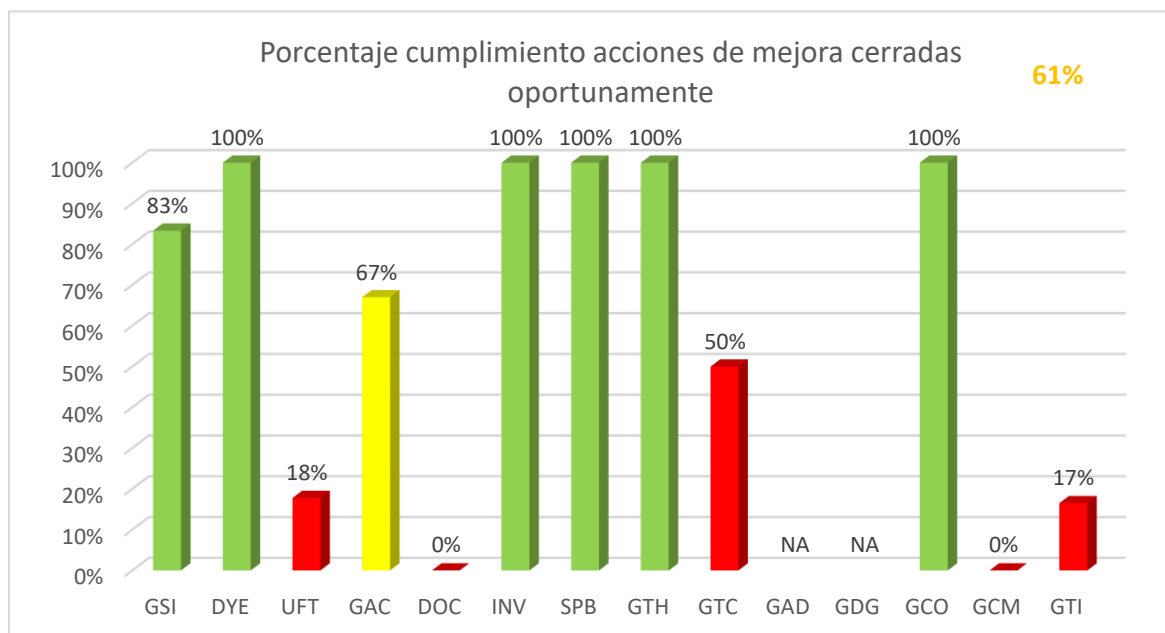
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 23	

- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.



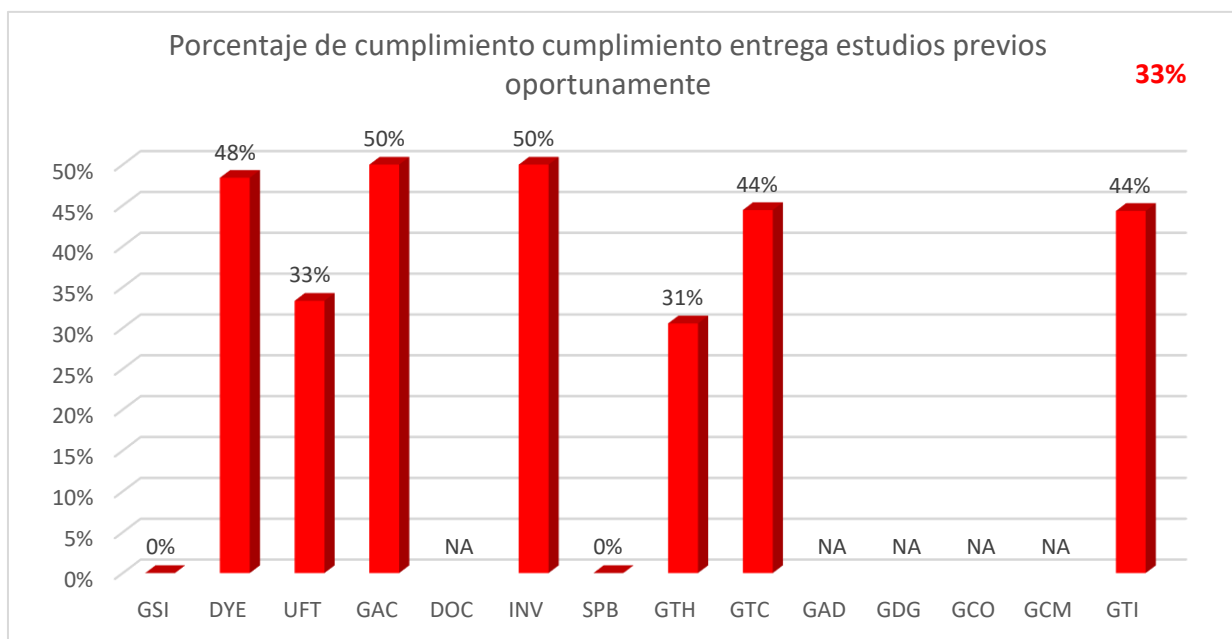
*UFT: Para el II trimestre de 2021, no aplica, dado que se encontraban en carga retroactivo de los indicadores, por lo que se retoma la medición a partir de julio 2021

- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



	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 23	

- Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente



CONCLUSIONES

Principales actividades que impactaron en el cumplimiento del POA

- ✖ 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.

	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 23	

Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Corrales Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Revisado por Dairys Yulieth Barrios Bonilla Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
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 Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de 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 OYIM
1	05-07-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-10-2020	modificar informe por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina