

	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 28			

Fecha del Informe:	10/11/2021
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III trimestre 2021 V2
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

RESUMEN.....	1
1. METODOLOGÍA.....	1
2. RESULTADOS.....	2
DESARROLLO DEL INFORME	3
CONCLUSIONES.....	27

RESUMEN

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.

1. METODOLOGÍA

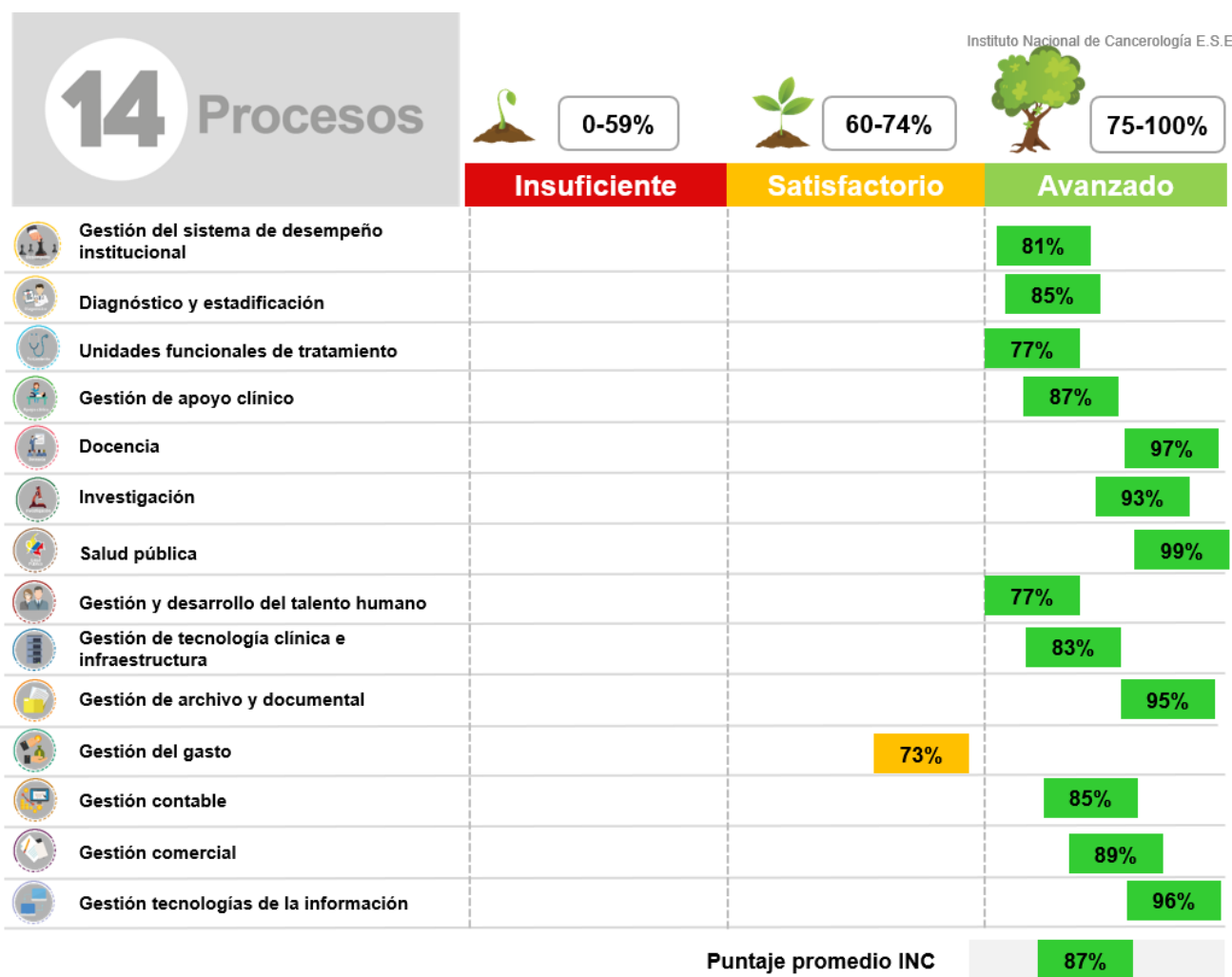
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Análisis cuantitativo 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 28			

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; 13 procesos con cumplimiento avanzado y 1 con cumplimiento satisfactorio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 3 de 28	

Para el III trimestre 2021 se evaluaron un total de 279 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 235

Satisfactorio 13

Insuficientes 31 (11%)

Frente al resultado de los indicadores transversales para el III trimestre el cumplimiento de los 14 procesos fue así:

Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos: 96%

Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso: 97%

Oportunidad cargue y análisis indicadores POA del proceso: 95%

Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente: 86%

Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente: 66%

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

DESARROLLO DEL INFORME

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1. Gestión del sistema de desempeño institucional

Total, indicadores 32

Avanzado 26

Satisfactorios 1

Insuficientes 5 (16%)

Observaciones:

- Indicadores sin cargue en el periodo

- Aumentar las capacitaciones de SIAI
- Incrementar la cobertura de funcionarios y colaboradores que diligencian las encuestas de políticas y planes priorizados
- Mejorar la gestión de los proyectos de inversión

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

Avanzado

- ✓ 100% Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG). (86,80%) Meta $\geq 85\%$
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso. 14 PUMP elaborados y enviado a los líderes de proceso
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%). Meta 100%
- ✓ 100% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) (85,105) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (100%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 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
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (97,07%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (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 4 de 28	

- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme (95,24%) Meta $\geq 70\%$
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Procedimiento de gerencia de la información socializado
- ✓ 98% Satisfacción de los usuarios pacientes (98,22%). Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (95,83%) Meta 100%

- ✓ 93% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de desempeño e imagen corporativa (83,33%) Meta ≥ 90
 Observaciones: Línea Gestión de Desempeño Institucional 6 metas cumplieron $\geq 90\%$, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89%): Cumplir el 100% anual el plan de humanización.
 Línea de imagen corporativa 4 metas cumplieron $\geq 90\%$, y una meta con cumplimiento menor a 70%. Implementar en el Instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación).

- ✓ 92% Acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (91,86%) Min. 80% , Est. 90%, Máx. 100%
 Observaciones: De un total de 86 acciones de mejora programadas se cerraron 79. 7 acciones de mejora abiertas:
 1. Desarrollar programas para pacientes sobrevivientes de cáncer. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 2. 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
 3. Incluir el manejo e indicaciones de oxígeno domiciliario en el protocolo PPS137 Protocolo de procedimiento en salud para oxigenoterapia. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 4. Socializar lista de chequeo protocolo de aislamiento de contacto al personal de terapia respiratoria asignado al servicio de hospitalización y cuidado intensivo. Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
 5. Socializar PPS-137 Protocolo de procedimiento en salud para oxigenoterapia. Responsable: Luz Aleyda Beltrán Calvo
 6. Mesa de trabajo con terapia respiratoria para el cuidado de la piel. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 7. Se requiere revisión por parte del equipo médico de la UCIP, del protocolo de accesos venoso central y línea arterial. Responsable: Javier Alfonso Godoy Cordobés

- ✓ 90% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI (90%) Mín. 80%, Est. 90% Max. 100%
 Observaciones: 55 funcionarios y colaboradores del proceso GSI diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 90% nivel de conocimiento

- ✓ 89% Cierre de acciones de mejora de acreditación (88,89) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 Observaciones: De 9 acciones de mejora de acreditación programadas continua 1 sin cierre : Desarrollar programas para pacientes sobrevivientes de cáncer. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho

- ✓ 87% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI (87,05%) Min. 80%, Est. 90% Max. 100%
 Observaciones: 39 funcionarios y colaboradores del proceso GSI diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 87% nivel de conocimiento

- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización (85%). Meta 100%
 Observaciones: Se realizaron 34 actividades de 40 programas. 6 actividades pendientes:
 1. Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC
 2. Acompañamiento espiritual

	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 28	

3. Intervenciones desde la humanización (no hay demanda)
4. Diplomado comprendiendo el sufrimiento humano
5. UCI humanizada
6. Cuidados paliativos al final de la vida

- ✓ 85% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (85,23%) Meta 100%
Observaciones: Para el trimestre 44 indicadores programados, con cargue y análisis oportuno 37.5
- ✓ 84% Cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (59%) Meta 70%
Observaciones: Proyecto sistema integrado de gestión de calidad Apropriado: \$622, ejecutado \$342 porcentaje ejecución presupuestal 55%. Ejecución actividades: 63%
- ✓ 83% Nivel de conocimiento de los planes priorizados (82,56%) Min. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: 433 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes para 82.56% de nivel de conocimiento
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales (77,67%) Min. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: 936 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas para un nivel de conocimiento de 77.67%
- ✓ 75% Proporción de riesgos tratados en el INC (75%) Min. 70%, Est. 80%, Max. 100%
Observaciones: 4 riesgos para cierre, se cierran 3 riesgos quedando pendiente el cierre de un riesgo del proceso de GTC relacionado con la evidencia de los estudios previos con especificación de evaluación técnica según necesidad.
- ✓ 75% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (75%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 4 acciones de mejora programadas, 2 abiertas: 1 a cargo oficina asesora de planeación y 1 área gestión financiera.
Agosto sin acciones de mejora programadas
Septiembre 2 acciones de mejora programas cerradas oportunamente

Satisfactorio

- 60% cumplimiento de la gestión de proyectos (42%) Meta 70%
Observaciones: Cinco (5) Macroproyecto: Total apropiado \$ 40,625 total ejecutado \$ 9,468 = 23% y un avance del 61% actividades.

Insuficiente

- × 51% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales (51,49%) Min. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: 936 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas de un total de 1818
- × 40% Cumplimiento del plan de capacitación en SIAI (24%) Meta 60%
Observaciones: 21 capacitaciones realizadas de un total de 88 grupos
- × 19% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados (18,82%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx.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 6 de 28	

Observaciones: 433 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes de un total de 2301

No registra dato ni análisis

- × 0% Número de talleres realizados de análisis de indicadores
- × 0% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad

2. PROCESOS MISIONALES

Total, indicadores 20

Avanzado 18

Insuficiente 2 (10%)

Observaciones generales 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 tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%

Avanzado

- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (97,08%). Meta. >=90%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana). (18,67 días).
Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC. (6,67 días).
Mín. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio. (15,24 días).
Mín. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea. (6,28 días).
Mín. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. (2,02 días).
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología. (2,33 días).
Mín. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE. (100%). Meta. 100%
- ✓ 99% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. (69%). Meta. 70%
Observaciones: Aplicaciones clínicas de PET NA % de ejecución presupuestal del proyecto. Apropiación: \$ 0 Ejecución: \$ 0. 69% de ejecución de actividades del proyecto
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE. (99,44%). Meta. 100%
- ✓ 96% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente. (86,67%). Meta. >=90%
Observaciones: Para el I semestre de 2021: Específicamente en la línea de atención y cuidado de pacientes 13 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89%) y una meta

	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 28	

con cumplimiento menor a 70%. A continuación, se mencionan las metas con cumplimiento parcial y $\leq 70\%$ respectivamente: Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas al año 2021.

- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE. (95%). Meta. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (65%). Meta. 70%
Observaciones: Producción magistral: 65% de ejecución presupuestal del proyecto Apropiación: \$ 1.246 Ejecución: \$ 814. 64% de ejecución de actividades del proyecto
- ✓ 88% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE. (87,5%). Meta. 100%
- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (85%). Meta. 100%
Observaciones: Se realizaron 34 actividades de 40 programas. 6 actividades pendientes:
 1. Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC
 2. Acompañamiento espiritual
 3. Intervenciones desde la humanización (no hay demanda)
 4. Diplomado comprendiendo el sufrimiento humano
 5. UCI humanizada
 6. Cuidados paliativos al final de la vida
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE. (85%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: 85% en el nivel de conocimiento de planes y una participación de 35 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 79% 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). (55%). Meta. 70%
Observaciones: Innovación en medicina nuclear: 41% de ejecución presupuestal del proyecto Apropiación: \$ 393 Ejecución: \$ 162. 68% de ejecución de actividades del proyecto
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE. (78,08%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- × 0% Oportunidad en la toma del PET. (20,97 días). Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días
- No registra dato ni análisis**
- × 0% Difusión en dos ciudades del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios. Meta. 2

2.2. Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 27
Avanzado 23
Satisfactorio 2

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 28	

Insuficientes 2 (7%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (36,82). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,9). 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. (8,83 min). Min. 20 min Est. 30 min Max. 45 min
- ✓ 100% Ejecución presupuestal del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer en tres servicios asistenciales. (100%). Meta. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión. (25,03 horas).
Mín. 48 horas Est. 60 horas Máx. 72 horas
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo. 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. (99,23%). Meta. 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería. (93%). Meta. 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica. (92,02%). Meta. 90%
- ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso. (94,7%). Meta. 85%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería. (4,01). Min. 4 Est. 6 Max. 8
- ✓ 100% Cobertura de bienvenida al paciente del INC. (95,34%). Meta. 90%
- ✓ 98% Satisfacción del usuario. (98,22%). Min. 85% Est. 90% Max. 100%

- ✓ 96% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente. (86,67%). Meta. >=90%
Observaciones: Para el I semestre de 2021: Específicamente en la línea de atención y cuidado de pacientes 13 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89%) y una meta con cumplimiento menor a 70%. A continuación, se mencionan las metas con cumplimiento parcial y <=70% respectivamente: Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas al año 2021.

- ✓ 94% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC. (94,41%). Meta. 100%
- ✓ 94% cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC. (93,97%). Meta. 100%
- ✓ 92% Aceptación de pacientes referidos. (54,44%). Min. 39% Est. 44% Max. 59%
- ✓ 86% cumplimiento de actividades del Centro de Gestión al Paciente con Cáncer. (60%). Meta. 70%

- ✓ 86% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC. (86%). Meta. 100%
Observaciones: Acciones de mejora:
Julio: 13/16 Pendientes: 2 enfermería y 1 de gestión hospitalaria
Agosto: 12/12
Septiembre: 10/13 Pendientes: 3 enfermería oncológica

- ✓ 80% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC. (80%). Meta. 100%

- ✓ 78% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC. (77,74%).
Min. 80% Est. 90% Max. 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 9 de 28	

Observaciones: 77,7% en el nivel de conocimiento de planes, con una participación de 73 funcionarios y colaboradores.

Satisfactorio

- 72% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC. (71,9%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- 69% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria. (48%). Meta. 70%
Observaciones: 27% de ejecución presupuestal del proyecto Apropiación: \$ 348 Ejecución: \$ 93. 69% de ejecución de actividades del proyecto

Insuficiente

- × 0% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente. (0%). Meta. 100%
Observaciones: Estudio previo pendiente del Grupo Esterilización del mes de julio

No registra dato ni análisis

- × 0% Prueba piloto mínimo en tres servicios con tres Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

2.3. Unidades funcionales de tratamiento

Total indicadores 36
Avanzado 26
Satisfactorio 3
Insuficiente 7 (19%)

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 77%:

Avanzado

- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,9). Min. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Evidencia de socialización del programa de humanización. (1). Meta. 1
Observaciones: Se socializaron los componentes del programa de humanización por dos vías:
1 presentación con todo el grupo de ingeniería hospitalaria incluidos los servicios tercerizados
1 virtual vía TEAMS al grupo de enfermería oncológica algunas consultas como radioterapia y uróloga y otras se cuentan los registros encada una.
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad). (97,07%). Meta. >= 90%
- ✓ 100% Tasa global de supervivencia a 1 y 3 años, para 5 patologías seleccionadas: estómago, mama, cuello uterino, colon - recto y próstata. (3 reportes). Meta. 3
Observaciones: Seguimiento cohorte año 2017 para cáncer de estómago • Total casos en seguimiento: 463. • La supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 38,8%, 27,3% y 21,5% en su orden.
Seguimiento cohorte año 2017 para cáncer de mama • Total casos en seguimiento: 736.
• La supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 85,4%, 77,6% y 71,1% en su orden.
Seguimiento cohorte año 2017 para cáncer de cuello uterino. • Total casos en seguimiento: 362.
• La supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 72,1%, 58,8% y 52,1% en su orden.
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (40 días).
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana). (21,33 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 10 de 28	

- ✓ Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana). (13,33 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana). (27,33 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana). (20 días).
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas. (1,7). Mín.1 Est. 3 Max. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos. (0,63%). Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada. (7,01%). Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días). (42,58 días).
Mín.30 días Est. 45 días Máx.55 días
- ✓ 100% Proyecto piloto de implementación del modelo de soporte oncológico presentado ante comité científico. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Proyecto mejorar la atención y oportunidad en dermatología del INC presentado en comité científico. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC – Mejorar supervivencias presentado en comité científico. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente. (100). Meta. 100%
- ✓ 96% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada. (67%). Meta. 70%
Observaciones:100% de ejecución presupuestal del proyecto Apropiación: \$ 53Ejecución: \$ 53. 34% de ejecución de actividades del proyecto
- ✓ 96% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de pacientes. (86,67%). Meta. >=90%
Observaciones: Para el I semestre de 2021: Específicamente en la línea de atención y cuidado de pacientes 13 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89%) y una meta con cumplimiento menor a 70%. A continuación, se mencionan las metas con cumplimiento parcial y <=70% respectivamente: Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas al año 2021.
- ✓ 87% Cirugía ambulatorias realizadas. (36,52%). Min. 37% Est. 39% Max. 42%
Observaciones: 668 cirugías ambulatorias realizadas 1829 cirugías programadas
- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (85%). Meta. 100%
Observaciones: Se realizaron 34 actividades de 40 programas. 6 actividades pendientes:
 1. Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC
 2. Acompañamiento espiritual
 3. Intervenciones desde la humanización (no hay demanda)
 4. Diplomado comprendiendo el sufrimiento humano
 5. UCI humanizada
 - 6.Cuidados paliativos al final de la vida
- ✓ 85% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT. (85,06%). Meta. 100%
- ✓ 81% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (57%). Meta. 70%
Observaciones: 62% de ejecución presupuestal del proyecto Apropiación: \$ 245 Ejecución: \$ 152. 52% de ejecución de actividades del proyecto

	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 28	

- ✓ 80% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso UFT. (80%). Meta. 100%
- ✓ 77% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT. (77,35%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 76% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano). (68,23%).
Min. 75% Est. 80% Máx. 90%

Satisfactorio

- 74% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT. (74%). Meta. 100%
- 74% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT. (74,41%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: 74% en el nivel de conocimiento, con una participación de 34 funcionarios y colaboradores.
- 71% Cumplimiento de actividades del programa para la medición y seguimiento de la calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC. (50%). Meta. 70%

Insuficiente

- × 57% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT. (57%). Meta. 100%
Observaciones: Acciones de mejora pendientes:
Julio: 100%
Agosto: 1/2 Pendiente: 1 de Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria
Septiembre: 2/9 Pendientes: 3 soporte oncológico 1 sub. Médica 1 salas de cirugía 1 UACAI 1 hematología
- × 46% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. (32%). Meta. 70%
Observaciones: 0% de ejecución presupuestal del proyecto Apropriación: \$ 419 Ejecución: \$ 0. 64% de ejecución de actividades del proyecto

No registra dato ni análisis

- × 0% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad.
- × 0% Porcentaje de cirugías de alta complejidad realizadas.
- × 0% Documento de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer.
- × 0% Ficha del proyecto de clínica de excelencia de leucemias agudas presentado en comité científico.
- × 0% Ficha del proyecto de clínica de excelencia de linfoma cutáneo y fotoféresis presentado en comité científico.

2.4. Docencia

Total indicadores 13
Avanzado 13

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

Avanzado

- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC. (65). Meta. ≥ 50
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC. (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 12 de 28	

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

Observaciones: 3 actividades ejecutadas de 3 programadas:

1. Detección temprana de cáncer de próstata realizado el día 8 de julio
 2. Detección temprana de cáncer de piel que se llevó a cabo el 12 de agosto (228 inscritos y 120 certificados de asistencia)
 3. Consejería breve en cesación de tabaco que se llevó a cabo el pasado 15 de septiembre
- Todos estuvieron a cargo de la Doctora Devi Puerto y se llevaron a cabo de forma virtual por la plataforma teams.

- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio. (100%). Meta. 100%
Observaciones: se programaron 31 comités docente asistencial (CODA) de los cuales se realizaron los 31
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación. (91,67%). Meta. 80%
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación. (97%). 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%
- ✓ 100% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de docencia. (100%). Meta. >=90%
Observaciones: Específicamente en la línea de docencia se programaron 4 metas las cuales tuvieron un cumplimiento entre 100% y 98%. Por lo anterior se obtiene un 100% de cumplimiento en la gestión de las metas del PDI en la línea de docencia.
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios. (97,87%).
Min 80% Est 90% Max 100%
- ✓ 95% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC. (95%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: 95% en el nivel de conocimiento de planes con una participación de 6 funcionarios y colaboradores
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC. (86%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 81% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC. (81,29%). Min. 80% Est 90% Max. 100%

2.5. Investigación

Total indicadores 10

Avanzado 9

Satisfactorio 1

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%:

Avanzado

- ✓ 100% Diseño y lanzamiento del primer bootcamp o hackathon para identificación de soluciones eventualmente innovadoras para desafíos institucionales. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Tiempo de respuesta a solicitudes generales en el trimestre. (24,41 días). Meta. <=45 días
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. (100%). Meta. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 28	

- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV. (100%). Meta. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. (65%). Meta. 70%
- ✓ 89% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV. (88,62%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: 88,6% en el nivel de conocimiento de planes con la participación de 40 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV. (86,36%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 66% Ejecución presupuestal del macroproyecto de investigación. (46,34%). Meta. 70%
Observaciones: 46% de ejecución presupuestal del proyecto Apropriación: \$ 2.721 Ejecución: \$ 1.261

2.6. Salud pública

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

Total indicadores 11

Avanzado 11

Avanzado

- ✓ 100% Programa piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo, aprobado por el Comité científico. (1). Meta. 1
- ✓ 100% Brigadas de prevención y detección temprana realizadas. (4). Meta. 3
Observaciones: Se realizaron cuatro (4) jornadas en cuatro (4) zonas de dispersión geográfica de Colombia con difícil acceso a la especialidad de Dermatología Oncológica: Arauca, Cauca, Huila y Caquetá, cada jornada tuvo una duración de dos días, en el primer día, se realizó el componente teórico, en el cual se capacitaron a 103 profesionales de la salud
- ✓ 100% Anuario estadístico 2019 publicado en la web. (1). Meta. 1
- ✓ 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% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de Salud Pública. (100%). Meta. >=90%
Observaciones: Específicamente en la línea de salud pública se programaron 3 mestas las cuales tuvieron un cumplimiento de 100%
- ✓ 98% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB. (97,86%)
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
Observaciones: 97,8% en el nivel de conocimiento de planes con la participación de 35 funcionarios y colaboradores.
- ✓ 97% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (68%). Meta. 70%
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB. (96,86%).
Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 94% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (65,81%). Meta. 70%
Observaciones: 66% de ejecución presupuestal del proyecto Apropriación: \$ 1.325 Ejecución: \$ 872

	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 28	

3. PROCESOS DE APOYO

3.1. Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 19
 Avanzado 14
 Satisfactorios 1
 Insuficientes 4 (21%)

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 77%:

Observaciones:

- Mejorar los indicadores de oportunidad en la liquidación de nómina.
- Mejorar los indicadores del programa de bienestar
- Mejorar los indicadores del programa de capacitación.
- Mejorar en el cierre de acciones de mejora.

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (41 días).
Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado. (14 días en promedio).
Meta. 30 días, a partir de la fecha de radicación de la factura
- ✓ 100% Términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTH que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores. (9 estudios previos). Meta. 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades del programa de bienestar. (100%).
- ✓ 100% Cobertura del plan de bienestar. (174%). Meta. $\geq 95\%$
Observaciones: Se realizan 11 actividades con una participación de 861 funcionarios y se tenían proyectados para participar 494.
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid). (4,11). Min. 0,1 Est. 10 Max. 15
- ✓ 100% Ausentismo por causas definidas. (1,24%). Meta. $\leq 5\%$
- ✓ 100% Índice de severidad (sin covid). (14,99). Min. 0.5 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%
- ✓ 96% Satisfacción de las actividades del programa de bienestar. (96,43%).
Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 91% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. (90,91%). Meta. 100%
- ✓ 83% Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional en la línea de gestión del talento humano. (75%). Meta. $\geq 90\%$
Observaciones: Línea de gestión del talento humano 6 metas se cumplieron $\geq 90\%$, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89%) y una meta con cumplimiento menor a 70%. A continuación, se mencionan las metas con cumplimiento parcial y $\leq 70\%$ respectivamente: Mejorar y medir la implementación del 100% anual de los planes de incentivos, bienestar y sistema de seguridad y salud en el trabajo (Salario emocional / incentivos no pecuniarios) Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo con lineamientos normativos y a las necesidades institucionales.

	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 28	

Satisfactorio

- 64% Ejecución presupuestal del programa de bienestar. (48,33%). Meta. 75%
Observaciones: Compromiso acumulado: \$ 49,716,703 Apropriación definitiva: \$ 470,000,000

Insuficiente

- × 33% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta. (Cumple con 1 de las 3 fechas programadas).
- × 0% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios. (No cumple con ninguna de las fechas programadas).
- × 0% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación). No cumple con ninguna de las fechas programadas)
- × 0% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados). (No cumple con ninguna de las fechas programadas).

3.2. Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 27

Avanzado 21

Satisfactorio 2

Insuficiente 4 (15%)

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 83%:

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: 330 mantenimientos programados realizados
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes)
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,09%) Min. 1%, Est. 3%, Max. 5%
- ✓ 100% PIGA actualizado en el SIAPINC (Plan institucional de gestión ambiental (PIGA) publicado en SIAPINC GTC-P05-PL-02)
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (1 reporte) 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%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (100%) Meta 100%
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (99%). Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99,37%). Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Lavandería (98,86%). Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97,35%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 28	

- Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (96,90%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 95% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (95,20%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones: Julio 92%= 77 mantenimientos ejecutados de 84 programados. La no ejecución de 4 Tensiómetros de Biospital de los cuales no tenemos reporte de ejecución, 1 Microscopio de Biospital el servicio manifiesta que el equipo es obsoleto y no es requerido en el servicio, 1 micrótopo de Macrosearch del cual no tenemos reporte de ejecución, 1 Equipo de braquiterapia del cual no tenemos reporte de ejecución.
Agosto: 95% 120 ejecutados de 127 programados. La no ejecución de 5 Equipos de BIOSPITAL de los cuales no se tiene soporte de ejecución, 2 Equipos de MACROSEARCH no soporte de ejecución.
Septiembre: 99%= 174 ejecutados de 175 programados La no ejecución 1 EQUIPO BIOSPITAL - No se tiene soporte de mantenimiento
 - ✓ 95% Ejecución del cronograma PIGA (95%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 9 actividades realizadas de 9 programadas
Agosto: 14 actividades realizadas de 15 programadas. Pendiente trabajar en estrategias con tercerizados para búsqueda de optimización de recursos
Septiembre: 11 actividades realizadas de 12 programadas pendiente el lavado de tanques, ya que a la fecha no se contaba con contrato
 - ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (93,33%) Meta 100%
 - ✓ 89% Cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (62%) Meta 70%
 - ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (86,34%) Meta 100%
Observaciones: julio se registraron a tiempo 6 de 8 indicadores. el indicador que no registro dato ni análisis es Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo y el indicador que no tiene análisis es Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección.
Agosto se registraron a tiempo 7 de 9 indicadores los indicadores que no registraron dato ni análisis fueron: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo y Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura, de equipos industriales y de apoyo
septiembre se registraron a tiempo 15 de 15 indicadores
 - ✓ 82% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC (82,38%)
Mín. 80%, Est. 90% Máx. 100%
Observaciones: 21 funcionarios y colaboradores del proceso GTC diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes con un 82% nivel de conocimiento
 - ✓ 78% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de tecnología e infraestructura, gestión hotelera y ambiental (70%) Meta ≥ 90
Observaciones: Línea Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental 1 metas cumplió >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89): Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP. En la línea Gestión de la Tecnología 6 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89): Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 28	

datos y comunicaciones a las áreas del INC; y una meta con cumplimiento menor a 70%. Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados).

- ✓ 76% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (75,62%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones: Julio 71%: ejecutados 403 de 569 programados. Sin realizar 166
Agosto 78% ejecutado 690 de 879 programados sin realizar 189
Septiembre 77% ejecutado 628 de 810. sin realizar 182
Mantenimientos no realizados actualmente no se cuenta con contrato de cortinas ni cerrajería. Este porcentaje también se debe a contratos como el de suministro de vidrios en el cual se requiere la creación desde cero lo cual lleva un tiempo considerable, lo mismo para el mantenimiento al mobiliario, ellos si cuentan con operarios en la institución, pero deben llevar el mobiliario al taller.

Satisfactorio

- 71% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC (71,49%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 94 funcionarios y colaboradores del proceso GTC diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 71% nivel de conocimiento
- 66% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (46%) Meta 70%

Insuficiente

- × 48% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (47,68%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 18 ítems para entregar, 11 no se recibieron en INCompra: 4 a cargo grupo área gestión tecnología clínica e infraestructura, 1 a cargo grupo gestión tecnología clínica, 6 a cargo grupo gestión de mantenimiento
Agosto: 16 ítems para entregar, 10 no se recibieron en INCompra: 1 a cargo grupo área gestión tecnología clínica e infraestructura, 9 a cargo grupo gestión de mantenimiento
septiembre: 3 ítems para entregar, 1 no se recibió en INCompra cargo grupo gestión de mantenimiento
- × 44% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (30,71%) Meta 70%
Observaciones: Total apropiación: \$12,625 ejecutado \$ 3,877 Total ejecutado 31%
- × 25% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (25%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 3 acciones de mejora para cierre a cargo de grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura las cuales no se cierran oportunamente.
Agosto: 6 acciones de mejora para cierre, 3 abiertas, 1 acción de mejora a cargo grupo gestión ambiental y soporte hotelero, 2 acciones de mejora a cargo de grupo gestión de tecnología clínica
Septiembre: no registra acciones de mejora para cierre
- × 6% Ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (4,49%) Meta 70%
Observaciones: Macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica: Apropiación \$ 19,463; ejecutado \$873. Porcentaje ejecución presupuestal 4%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 28	

3.3. Gestión de archivo y documental

Total indicadores 11

Avanzado 11

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%:

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% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Boletines electrónicos en temas de gestión documental (1 boletín realizado y remitido por correo electrónico) 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%
 - ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD (100%) Meta 100%
 - ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD (90%) Meta 100%
- Observaciones: Para el trimestre 15 indicadores programados con cargue y análisis oportuno 13.5
-
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD (85,79%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 19 funcionarios y colaboradores del proceso GAD diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 86% nivel de conocimiento
 - ✓ 85% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD (84,58%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 12 funcionarios y colaboradores del proceso GAD diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes con un 85% nivel de conocimiento
 - ✓ 83% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología (75%)
Meta ≥ 90
 - ✓ Observaciones: línea Gestión de la Tecnología 6 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89): Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC; una meta con cumplimiento menor a 70%.: Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)

3.4. Gestión del gasto

Total indicadores 13

Avanzado 10

Insuficiente 3

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 73%:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (61,40%) Meta 60%
Observaciones: De un total de 956 ítems por adjudicar; de los cuales se han adjudicado 587 ítems

	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 28	

- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (21,37 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 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%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 95% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera (85,71%)
Meta ≥ 90%
Observaciones: línea Gestión Financiera 6 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89): Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%
- ✓ 80% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG (80%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 47 funcionarios y colaboradores del proceso GDG diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 80% nivel de conocimiento
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG (78,12%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 56 funcionarios y colaboradores del proceso GDG diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes priorizados con un 78% nivel de conocimiento

Insuficiente

- × 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (71,69 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- × 0% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (77,61 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- × 0% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (80,67 días)
Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días

3.5. Gestión contable

Total indicadores 16
Avanzado 13
Satisfactorio 1
Insuficiente 2 (13%)

Para el tercer trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%:

Observaciones:

- Mejorar la oportunidad en el trámite de las facturas
- Remitir a docencia la información de ingresos, costos y gastos

Avanzado

- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1 informe) Meta 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 20 de 28	

- ✓ 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 (72,48%) Meta <=80%
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del 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%
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes enviados)
- ✓ 99% Cumplimiento de prestaciones costeadas (98,63%) Meta 100%
- ✓ 95% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera (85,71%) Meta ≥ 90

Observaciones: línea Gestión Financiera 6 metas cumplieron >=90%, una meta con cumplimiento parcial: Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%.

- ✓ 80% Estados financieros presentados y publicados en la página web (Pendiente publicación en la página web del instituto)
- ✓ 79% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO (78,57%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 7 funcionarios y colaboradores del proceso GCO diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 79% nivel de conocimiento

Satisfactorio

- 64% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO (64%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 4 funcionarios y colaboradores del proceso GCO diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes priorizados con un 64% nivel de conocimiento

Insuficiente

- × 50% Reporte periódico a docencia de información de ingresos, costos y gastos (no se evidencia el envío a docencia)
- × 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (19,99) Meta <=15 días

3.6. Gestión comercial

Total indicadores 20
Avanzado 17
Satisfactorio 2
Insuficiente 1 (5%)

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

Observaciones

- Mejorar la respuesta a glosa dentro de los términos legales

	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 28	

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (117,91%)
Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones: Julio 120%: Facturado \$ 28.651.901.373 / Meta mes \$ 23.881.423.724.
Agosto 106%: Facturado \$ 25.492.104.727 / Meta mes \$ 23.937.886.247
Septiembre 127%: facturado \$ 28.476.458.253 / Meta mes \$ 22.377.128.516
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (101,77%)
Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones: Julio 80% : recaudo \$ 18.666.018.662 / Meta mes \$ 23.289.016.143
Agosto 103%: recaudo \$21.545.980.431 / Meta mes \$ 20.968.020.027
Septiembre 122%: recaudo \$ 26.080.482.322 / Meta mes \$ 21.306.500.000
- ✓ 100% Porcentaje de depuración la cartera (2019-2022). (21%) Meta 18,75% (Acumulado a III trimestre 2021 77,3%)
- ✓ 100% Conciliación de glosa (123%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,26%) Meta <=3%
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (84,14%) Meta 75%
Observaciones: Ventas realiza al III trimestre \$229,800,222. 097 de valor proyectado vigencia \$273,120,000,000
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (75%)
Meta 75%
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA 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% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 95% Ejecución del plan de mercadeo (71,26%) Meta 75%
Observaciones: 62 actividades ejecutadas de 87 programadas para la vigencia. 25 actividades pendientes:
1. Legalizar 3 contratos nuevos, nuevos modelos de contratación.
2. Incrementar en un 5% los pacientes nuevos
3. Reuniones con los servicios diferenciales
4. Incrementar ventas en nichos de medicina prepagada
5. Actualización de portafolios
6. Socialización de portafolio
7. Fortalecer alianzas con sector aseguramiento
8. Medición percepción de ERP
9. Demás actividades son de medición mensual
- ✓ 80% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (80,42, %)
Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 80% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (60%) Meta 75%
Observaciones: 12 actividades realizadas de 20 programadas para la vigencia. 8 actividades pendientes:
1. Capacitación cirugía plástica
2. Cuidados paliativos
3. Patología

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 22 de 28	

4. Servicios farmacéuticos

5. Otros servicios

6. Ventas en salud o Marketing digital aplicado al sector salud

7. Segundo nivel coaching mercadeo

8. Tablas dinámicas, formulas excel

- ✓ 77% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCM (77,31%)

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Observaciones: 52 funcionarios y colaboradores del proceso GCM diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes priorizados con un 77% nivel de conocimiento

- ✓ 75% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM (75,49%)

Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Observaciones: 91 funcionarios y colaboradores del proceso GCM diligenciaron la encuesta de conocimiento de planes priorizados con un 75% nivel de conocimiento

Satisfactorio

- 73% Ejecución del plan de intervención de glosa (48,15%) Meta 66%

Observaciones: 13 actividades cumplidas de 27 programadas para la vigencia 14 Actividades pendientes:

1. Crear política de atención de pacientes Irregulares

2. Aclarar en minuta contractual los insumos que requieren autorización

3. Presentar protocolo de utilización de Caspofungina como profiláctico (sin indicación Invima)

4. Medición de la oportunidad de la respuesta en tiempos normativos, restando demoras de respuesta de las áreas (Farmacia, almacén, Cgip, etc)

5. Infraestructura adecuada para la atención de la auditoría externa de las diferentes ERP.

6. Tiempos de respuesta a solicitudes de soportes a las diferentes áreas

7. Fortalecer la realización de notas crédito con persona adicional

8. Auditar cumplimiento de oportunidad del registro de notas crédito en SAP - Identificar mejora

9. Subsanación con soportes antes de materializarse la glosa

10. Desplazamiento a las ciudades que requieran conciliación presencial

11. Solicitar a Sistemas un desarrollo en SAP sobre visualización estados de la factura (trazabilidad: radicación, glosa, conciliación, devolución o aceptación de pago)

12. Intervención y Fortalecimiento a la auditoria concurrente y notificación de los hallazgos para su intervención, mediante visita a los servicios.

13. Realizar acercamiento con las ERP, que aún tienen procesos presenciales, con el fin de solicitar que los trámites de autorizaciones se gestionen por correo electrónico y no se exija la asistencia del usuario al punto autorizador de la ERP

14. Levantar el procedimiento de MIPRES hospitalario al interior del instituto estableciendo controles en cada punto de registro en el Ministerio (Prescriptor, dispensador, facturador).

- 64% Autorizaciones obtenidas (57,43%) Meta $\geq 90\%$

Observaciones: Julio: se obtuvieron 13.803 de 15.289 órdenes médicas

Agosto: se obtuvieron 7.271 de 16.965 órdenes médicas

Septiembre: se obtuvieron 7.301 de 18.664 órdenes médicas,

Insuficiente

- × 34 % Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (34,41%). Meta 100%

Observaciones: Julio: 68%: valor glosa respondida dentro de términos \$ 9,605,825,944 / valor objeciones \$ 14,162,924,716

	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 28	

Agosto 22%: valor glosa respondida dentro de términos \$ 1,062,478,326 / valor objeciones \$ 4,903,352,530
 Septiembre 14%: valor glosa respondida dentro de términos \$ 1,368,303,083 / valor objeciones \$ 9,957,874,280

3.7. Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 24

Avanzado 23

Insuficiente 1 (4%)

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

Observaciones:

- Mejorar la entrega oportuna de estudios previos

Avanzado

- ✓ 100% Documento PETI actualizado (PETI publicado en SIAPINC código GTI-P01-PL-02)
- ✓ 100% Documento de evaluación y plan de acción sobre activos pendientes de implementación IPV6 (Plan publicado en SIAPINC código GTI-P01-PL-06)
- ✓ 100% Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado (Plan publicado en SIAPINC código GTI-P01-PL-01)
- ✓ 100% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021 (78%) Meta 75%
- ✓ 100% Implementación de la prueba de Hacking ético sobre la plataforma SAP (50%) Meta 50%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,93%) Meta >=98%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (100%) Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Disponibilidad del sistema SAP (100%) Min. 90%, Est. 98%, Max. 100%
- ✓ 100% Tiempo de repuesta infraestructura SAP (466,43 milisegundos) Meta <=1500 milisegundos
- ✓ 100% Acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos (100%)
Min. 93%, Est. 96%, Máx. 100%
- ✓ 100% Actualizaciones críticas aplicadas y liberadas en el mismo periodo (100%)
Min. 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 (98,42%)
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 (85,92%) Meta 70%
Observaciones: Apropiación: \$ 917, ejecutado \$ 788. porcentaje 86%
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral (70%) Meta 70%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 96% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI (96%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 10 funcionarios y colaboradores del proceso GTI diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 96% nivel de conocimiento

	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 28	

- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (95%) Meta 100%
Observaciones: Julio se registraron 7 de 7 indicadores.
Agosto se registraron 6 de 7 indicadores. El indicador que no registró análisis ni dato fue: Porcentaje de disponibilidad en canales de comunicación para recepción de solicitudes de tratamiento de datos personales en digital.
Septiembre se registraron 10 de 10 indicadores.
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI (85,56%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 9 funcionarios y colaboradores del proceso GTI diligenciaron la encuesta de conocimiento de políticas con un 85.56% nivel de conocimiento
- ✓ 83% Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología (75%)
Meta ≥ 90
- ✓ Observaciones: Línea Gestión de la Tecnología 6 metas cumplieron $\geq 90\%$, una meta con cumplimiento parcial (entre 71% y 89): Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC; y una meta con cumplimiento menor a 70%.: Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)

Insuficiente:

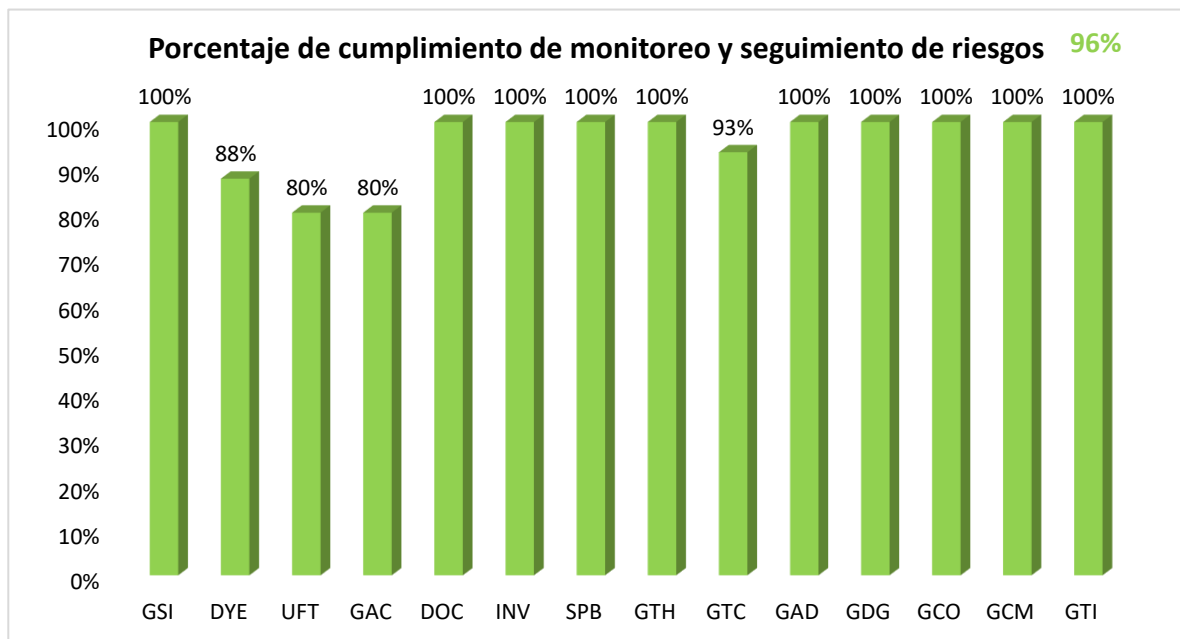
- × 46% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (45,83%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 4 ítems para entregar, no se recibieron 3: 1 cargo grupo aplicaciones y 2 a cargo grupo soporte redes y hardware
Agosto no tenía ítems programados para entrega
septiembre 3 ítems para entregar, no se recibió uno a cargo grupo soporte redes y hardware

	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 28	

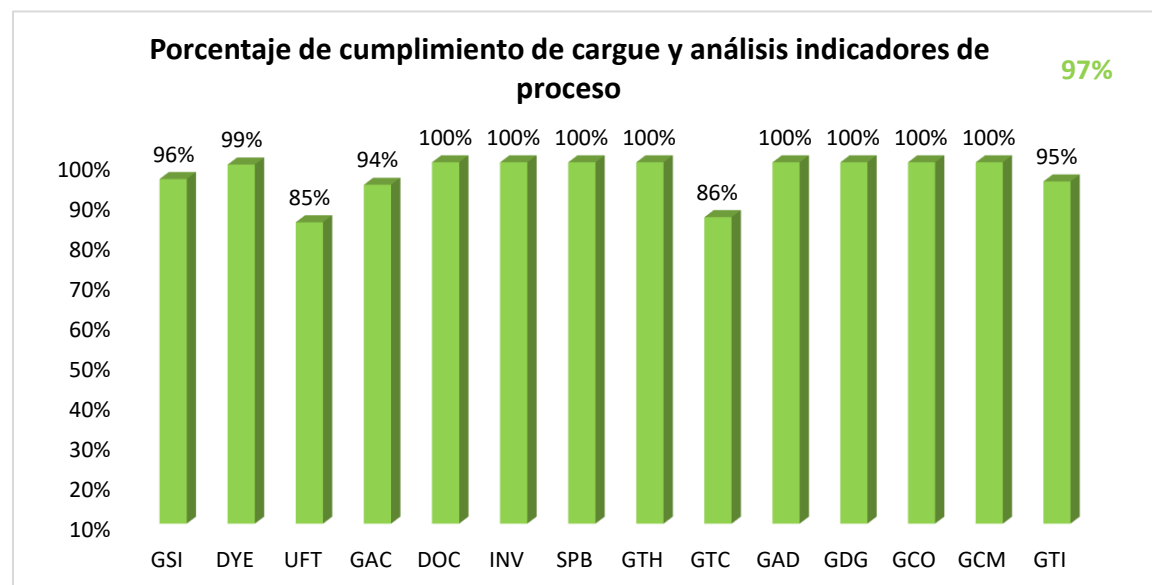
4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el tercer trimestre 2021:

- Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

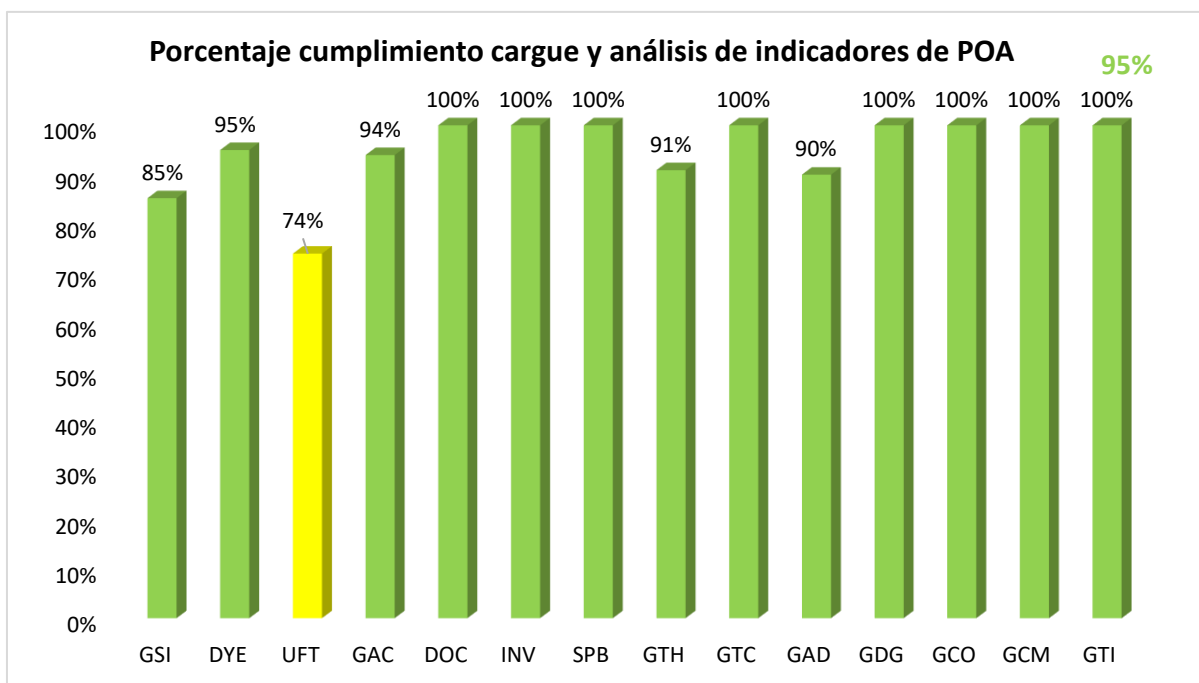


- Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

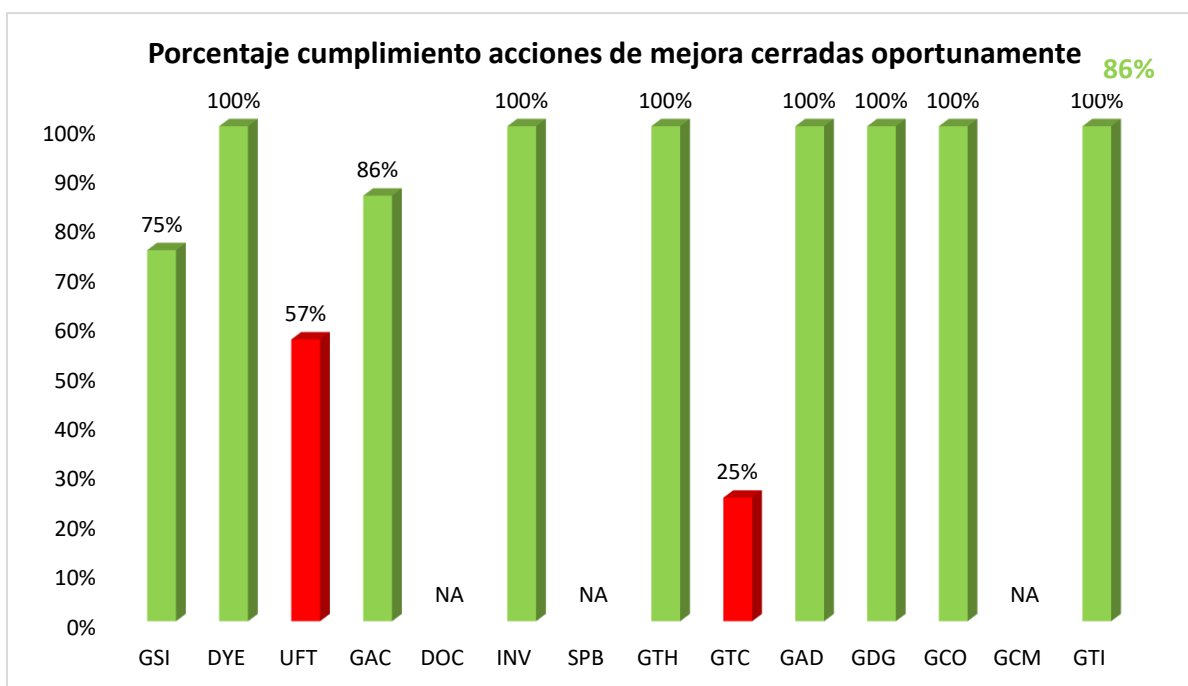


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 26 de 28			

- Oportunidad carga y análisis indicadores POA del proceso.

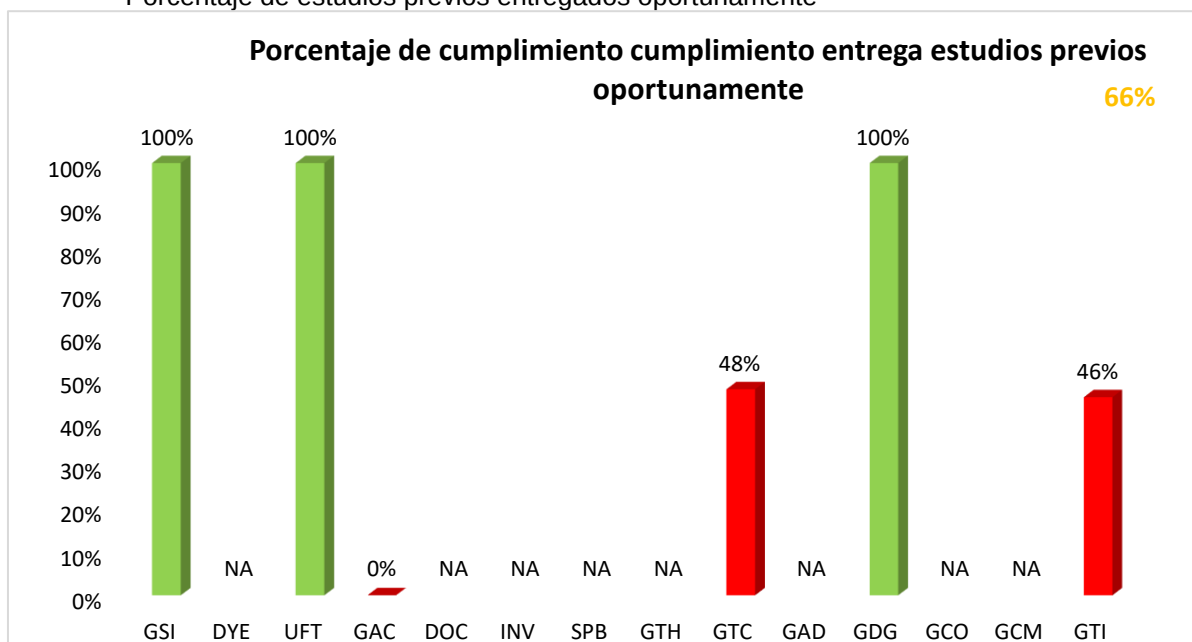


- Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 27 de 28	

▪ 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

Giovana Guerrero C

Elaborado por

Hedy Giovana Guerrero Corrales
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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	2
	INFORME		VIGENCIA:	31-10-2020
			Página 28 de 28	

**"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