

	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 32			

Fecha del Informe:	24/02/2022
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV trimestre 2021 y consolidado año 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

RESUMEN.....	1
1. METODOLOGÍA.....	1
2. RESULTADOS.....	2
DESARROLLO DEL INFORME	3
CONCLUSIONES.....	32

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

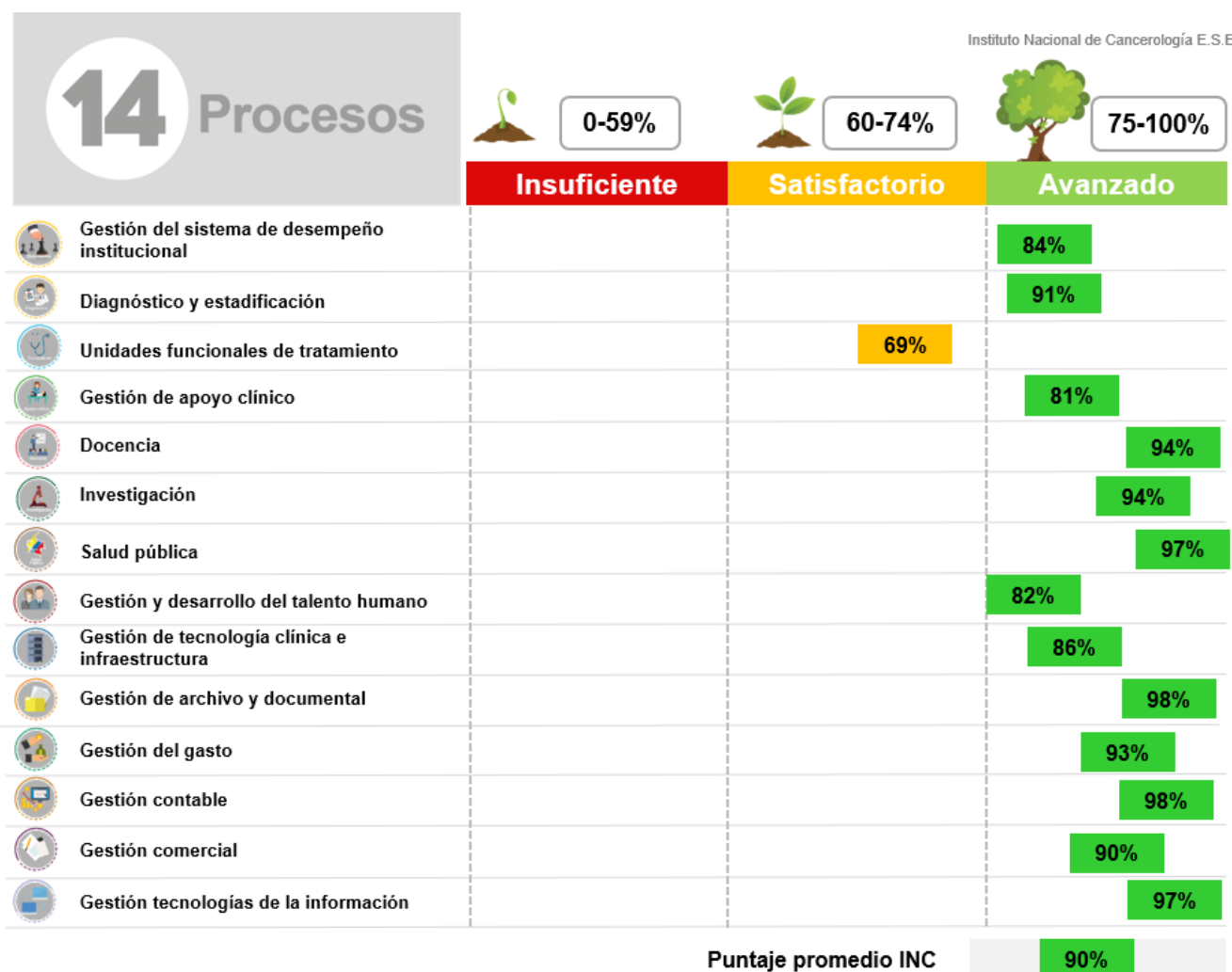
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 2 de 32			

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 IV TRIMESTRE 2021



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 90% 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 32	

Para el IV trimestre 2021 se evaluaron un total de 441 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 379 (86%)
Satisfactorio 16 (4%)
Insuficientes 46 (10%)

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

Actualización mapa de riesgos por proceso: 100%
Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos: 98%
Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso: 96%
Oportunidad cargue y análisis indicadores POA del proceso: 95%
Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente: 81%

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 47
Avanzado 40 (85%)
Insuficientes 7 (15%)

Observaciones:

- Indicadores sin cargue
- Avanzar en nueva propuesta organizacional
- Socializar el procedimiento gerencia de la información
- Avanzar en la señalización para personas en condición de discapacidad

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

Avanzado

- ✓ 100% Acciones de mejoras implementadas por referenciación (4 referenciaciones con planes de mejora)
- ✓ 100% Certificado de acreditación
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM elaborados y enviados)
- ✓ 100% Informe de autoevaluación de habilitación (1) Meta 1 informe
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Desarrollos de SIAI de acuerdo con las necesidades de modelos priorizados (desarrollo modelo de gestión comercial)
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de capacitación en SIAI
- ✓ 100% Seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales (100%)
Mín 80%, Est. 90%, Máx. 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% Ahorro en prensa gratis 30% al año 2022. (\$ 20,223 millones) Meta (13,475 millones)
- ✓ 100% Promedio de figuración general en medios de comunicación (118 menciones) Meta ≥ 63 menciones

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 4 de 32	

- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención (100%)
Mín 80%, Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (1) Meta 1
- ✓ 100% Plan de producción institucional (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC (1) Meta 1 informe
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,5) Meta >=3,4
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,64%) Meta >= 90%
- ✓ 100% Estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica (81%) Meta >=80%
- ✓ 100% Gestión del servicio no conforme (96,49%) Meta >=70%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 98% Satisfacción de los usuarios pacientes (98,49%) Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 96% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (96%). Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%

- ✓ 94% Uso de canales de comunicación (93,59%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
Observación: 321 pacientes y familiares usan canales de comunicación de 343 encuestadas

- ✓ 94% Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales (93,7%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
(De 16 paquetes, no se cumple : Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado)

- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (92,58%) Meta 100%
Observación: Octubre: 20 indicadores programados, 3 sin cargue: porcentaje de cumplimiento de diseño y divulgación de piezas gráficas, Sin análisis: Porcentaje de conciliaciones con respuesta en término, Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término, Porcentaje de respuestas de asesoría jurídicas y Proporción de derechos de petición resueltos antes de 15 días
Noviembre 19 programados y cargados
Diciembre: 55 programados, 4 sin cargue: Porcentaje de cumplimiento de la realización de los EPM de segundo grado, Razón de planes de mejoras implementados por referenciación, Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término y porcentaje de respuestas de asesoría jurídicas.

- ✓ 92% Implementación del sistema de gestión basado en riesgos (92,31%) Meta 100%

- ✓ 91% Cumplimiento del PAMEC (91,17%) Min. 80%, Est. 85%, Max. 100%
Observación:
 1. Cumplimiento de los estándares de acreditación con 100%,
 2. Gestión del riesgo con 100%,
 3. Comités: 80%
 4. Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM): 70%
 5. Auditorías internas con 99%
 6. Otras auditorías de calidad con 98%

- ✓ 91% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (91%) Meta 100%
Observaciones: Octubre: 1 indicador sin dato ni análisis: Número de talleres realizados de análisis de indicadores 1 indicador sin análisis: Porcentaje de gestión del servicio no conforme.
Diciembre 3 indicadores sin dato ni análisis: Porcentaje de cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional, Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales, Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer, 2 indicadores sin análisis: Porcentaje de acciones de mejoras

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 32	

implementadas por referenciación, Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad

- ✓ 89% Acumulado de acciones de mejoramiento cerradas. (89%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: De 100 acciones programadas, 11 sin cierre:
 1. Finalizar la implementación del sistema de extinción de incendios para mejorar la seguridad del ambiente físico en el INC. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 2. Definir y medir el indicador de impacto de las acciones de prevención terciaria. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 3. Socialización del instrumento, Tamizaje de necesidades para paciente con cáncer. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 4. Implementación de hoja de cálculo validada como Herramienta para control del cálculo de dosis de las mezclas de quimioterapia. Responsable: Carolina Aristizábal Niño
 5. Definir ficha técnica para formulación de indicador N-Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en GAICA. Responsable: Sandra Roció Peñuela Martínez
 6. Actualizar formato GTCP02F21 CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN EQUIPOS BIOMÉDICOS incluyendo la verificación de 1. Lista de asistencia a capacitación, 2. Evaluación con calificación y 3. Video o presentación en Power point. Responsable: Andrea Lisset Pérez Salamanca
 7. Realizar seguimiento mensual dentro del comité de equipo primario de mejoramiento (EPM) de segundo nivel a cada uno de los indicadores para identificar posibles incumplimientos en cada uno de los mismos. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 8. Identificar los riesgos inherentes a la atención en cada uno de los procedimientos de la Subdirección General de Atención Médica. Responsable: Mauricio García Mora
 9. Realizar el reforzamiento y reordenamiento estructural y los ajustes a la normatividad vigente al tercer piso occidente y cuarto piso norte y sur a fin dar cumplimiento a las condiciones de habilitación con la normatividad vigente. •Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 10. Implementación de la red hidráulica y su funcionamiento, así como contar con la alarma para emergencias. •Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 11. Gestionar la solicitud a Talento Humano para contemplar la posibilidad de fortalecer la capacidad instalada en términos de profesionales para la actividad del tamizaje del estado emocional. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
- ✓ 89% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSÍ (88,89%) Meta 100%
Observaciones: Octubre. 3 acciones de mejora para cierre, 1 sin cerrar a cargo de oficina asesora de planeación
Noviembre 5 acciones de mejora para cierre, se cierran todas oportunamente.
Diciembre 4 acciones de mejora para cierre, se cierran todas oportunamente
- ✓ 87% Cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (87,34%)
Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización (85%) Meta 100%
Observaciones: 40 actividades programadas, 34 realizadas, 6 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
- ✓ 80% Proporción de riesgos tratados en el INC (80%) Mín. 70%, Est. 80% Máx. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 6 de 32	

Observaciones: 5 riesgos para cierre, 1 riesgo sin cerrar del proceso de GTC - Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, una acción que no se ha cerrado que está relacionada con la gestión de estudios previos con especificación de evaluación técnica según necesidad del área.

- ✓ 80% Cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (80%) Meta 100%
Observaciones: Total apropiación \$ 622, ejecutado \$477. Ejecución presupuestal 72%, Actividades 88%
- ✓ 79% Cierre de acciones de mejora de acreditación (78,57%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 14 acciones programadas, 3 abiertas:
 1. Finalizar la implementación del sistema de extinción de incendios para mejorar la seguridad del ambiente físico en el INC. Responsable: Rafael Fernando Urquina Guerrero
 2. Definir y medir el indicador de impacto de las acciones de prevención terciaria. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
 3. Socialización del instrumento, Tamizaje de necesidades para paciente con cáncer. Responsable: Miguel Mauricio Moreno Capacho
- ✓ 79% Cumplimiento de la gestión de proyectos (79%) Meta 100%
Observaciones: Total apropiación macroproyectos: \$ \$40.625, total ejecutado \$31.438 = 77% ejecución presupuestal; 80% ejecución actividades
- ✓ 75% Ejecución del plan de cooperación (75%) Meta 100%
Observación: Actividades programadas 8, Actividades ejecutadas: 6
 1. Desarrollar acuerdos, convenios y memorandos de entendimiento con otras entidades, institutos, organizaciones, iniciativas, alianzas, universidades y demás centros científicos que benefician a las partes y generen un intercambio de experiencias tanto a nivel nacional o internacional.
 2. Participar en las reuniones de los Institutos Nacionales de Cáncer de la región con el propósito de afianzar el relacionamiento e intercambio de conocimiento en el marco de la INC LATAM/LATAM NCI's
 3. Postularse para ser un centro colaborador del Organismo Internacional de Energía atómica (OIEA)
 4. Desarrollar proyectos de investigación conjunta con entidades, organizaciones y actores nacionales e internacionales.
 5. Acceder a programas de capacitación y formación en docencia (modelos de docencia en programas de formación oncológica) para el fortalecimiento del talento humano; con el propósito de afianzar las cátedras y desarrollar competencias y habilidades que contribuyan a la generación de conocimiento del personal en formación, tanto a nivel de pregrado como de posgrado.
 6. Explorar la posibilidad de realizar acuerdos colaborativos con centros de referencia en cáncer, con el propósito de intercambiar conocimientos en el marco de programas de formación especializada.

Insuficiente

- ✗ 50% Nueva propuesta organizacional acorde con el redireccionamiento
Observaciones: Se adelantó el proceso de convocatoria pública y adjudicación de contrato. Se avanza en la fase de planeación
- ✗ 50% Procedimiento de gerencia de la información socializado
Observaciones: Se solicitó por correo electrónico al área de comunicaciones la elaboración de la pieza gráfica del procedimiento para socializarlo, pero a la fecha no se ha recibido respuesta.
- ✗ 38% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad (37,50%) Meta 100% (16 pisos señalizados)
Observaciones: 6 pisos señalizados de 16 programados

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 7 de 32	

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional
- ✖ 0% Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales
- ✖ 0% Participar en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL) para el control de cáncer
- ✖ 0% Número de talleres realizados de análisis de indicadores

2. PROCESOS MISIONALES

Observaciones generales POA Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Indicadores sin cargue
- Evidencias pendientes

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 20

Avanzado 18 (90%)

Satisfactorio 1 (5%)

Insuficiente 1 (5%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE (100%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,64%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Dos (2) Protocolos definidos
Observaciones:
 1. Protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con cáncer de mama y ovario hereditario
 2. Protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con Síndrome de Lynch Se adjuntan protocolos finales generados en red
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (19 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 (13,87 minutos)
Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (2,27 días) Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (1,67 días)
Mín. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (1,98 días)
Mín. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE

	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 32	

- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (98,41%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer (97%) Meta 100%
Observaciones: NA ejecución presupuestal Apropiado: \$0, Ejecutado: \$0
97% de cumplimiento de actividades
- ✓ 94% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (93,75%) Meta 100%
- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (85%) Meta 100%
Observaciones: 34 actividades ejecutadas de 40 programadas. Pendientes por ejecución:
 - Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC.
 - Acompañamiento espiritual.
 - Intervenciones desde la humanización (no hay demanda)
 - Diplomado Comprendiendo el sufrimiento humano.
 - UCI humanizada.
 - Cuidados paliativos al final de la vida
- ✓ 78% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (78%) Meta 100%
Observaciones: 60% ejecución presupuestal, Apropiado: \$1.246 Ejecutado: \$747
96% de cumplimiento de actividades

Satisfactorio

- 68% 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 (68%) Meta 100%
Observaciones: Innovación 39% ejecución presupuestal, Apropiado: \$393 Ejecutado: \$152
97% de cumplimiento de actividades

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (20,56 días). Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 28
Avanzado 21 (75%)
Satisfactorio 3 (11%)
Insuficientes 4 (14%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (37,67). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,85). Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5
- ✓ 100% Cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso GAC

	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 32	

- (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo con la clasificación normativa del Triage II (10,51 minutos) Mín. 20 min, Est. 30 min, Max. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (23,63 horas) Mín. 48 horas, Est. 60 horas, Máx. 72 horas
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (99,74%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (18 días) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería (99,08%) Meta 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (98%) Meta 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica (91,44%) Meta 90%
- ✓ 100% Pacientes capturados por el programa plan de egreso (98,57%) Meta 85%
- ✓ 100% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (98,39%) Meta 90%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (5,38) Mín. 4, Est. 6, Máx. 8
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC
- ✓ 98% Satisfacción del usuario (98,41%) Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer (96,43%) Meta 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (96,22%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,33%) Meta 100%
- ✓ 88% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (88,27%) Meta 100%
- ✓ 84% Aceptación de pacientes referidos (49,32%) Mín. 39%, Est. 44%, Máx. 59%

Satisfactorio

- 72% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria (72%) Meta 100%
Observaciones: 51% ejecución presupuestal, Apropiado: \$348 Ejecutado: \$177
94% de cumplimiento de actividades
- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (67%) Meta 100%
Observaciones: Octubre: 8/11 = 72,7%
Pendientes: Grupo Área Enfermería Oncológica
Noviembre: 6/16 = 37,5%
Pendientes:
Grupo Enfermería Oncológica 8 abiertas
Grupo Salas de Cirugía y Unidades de Cuidado Intensivo 1 abierta
Grupo Área Gestión de Apoyo Clínico 1 abierta
Diciembre: 9/10 = 90%
Pendientes: Grupo Servicios Farmacéuticos 1 abierta
- 63% Cumplimiento de actividades del Centro de Gestión al Paciente con Cáncer (63%) Meta 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Ejecución del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer en tres servicios asistenciales (0%) Meta 100%
Observaciones: 0% ejecución presupuesta, Apropiado: \$155 Ejecutado: \$0
- ✗ 0% Implementación del modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas (El dato no corresponden con las variables del indicador.)

	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 32	

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo
- ✖ 0% Implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación interna para enfermería

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total indicadores 47
 Avanzado 28 (59%)
 Satisfactorio 4 (9%)
 Insuficiente 15 (32%)

Para el cuarto trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 69%:

Avanzado

- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (3,5) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso UFT (100%)
Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (1,85) Mín. 1.5, Est. 3.0, Máx. 4.5
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,64%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica (81%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Adherencia a guías de práctica clínica (100%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Tasa global de supervivencia a 1 y 3 años, para 5 patologías seleccionadas: estómago, mama, cuello uterino, colon - recto y próstata (2) Meta 2
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana) (46,37 días)
Mín. 30 días, Est. 45 días, Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (24,67 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (18 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (26,33 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
Observación: Se calcula sobre el límite máximo el 10% adicional, nueva meta: 27,5 días, con este nuevo límite cumple con el máximo del indicador
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas (0,87) Mín.1, Est. 3, Máx. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos (0,45%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.10%
- ✓ 100% Cancelaciones de cirugía programada (5,54%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.12%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (41,91 días)
Mín.30 días, Est. 45 días, Máx.55 días
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de alta complejidad. (15,1%) Meta. Línea base
- ✓ 100% Comparación de morbilidades de cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas (15,1) Meta. Línea base
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas (3,35 días) Meta. Línea base
- ✓ 100% Cirugías de alta complejidad realizadas (10,33%) Meta. Línea base
- ✓ 0% Documento de estrategias de reorganización y articulación del soporte oncológico como componente del modelo de atención integral

	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 32	

- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso UFT (93,33%) Meta 100%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (89,36%) Meta 100%

- ✓ 88% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (88%) Meta 100%
Observaciones: 100% ejecución presupuestal Apropiado: \$53 Ejecutado: \$53
75% de cumplimiento de actividades

- ✓ 85% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (bajo el contexto del covid-19) (85%) Meta 100%
Observaciones: 34 actividades ejecutadas de 40 programadas.
Pendientes por ejecución:
- ✓ Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC.
- ✓ Acompañamiento espiritual.
- ✓ Intervenciones desde la humanización (no hay demanda)
- ✓ Diplomado Comprendiendo el sufrimiento humano.
- ✓ UCI humanizada.
- ✓ Cuidados paliativos al final de la vida

- ✓ 82% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (82,295)
Mín. 60%, Est.75%, Máx.100%
- ✓ 81% Cirugía ambulatorias realizadas (34,18%) Mín. 37%, Est. 39%, Máx. 42%
- ✓ 80% Ejecución de actividades del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (80%) Meta 100%
- ✓ 85% Protocolo técnica TBI aprobado.
- ✓ 75% Documento de diseño de la técnica TSEB aprobado.

Satisfactorio

- 72% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (65,24%) Mín.75%, Est. 80%, Máx.90%
- 72% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT Meta 100%

- 60% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT (60%) Meta 100%
Observaciones :
Octubre : 4/5 = 80%
Pendientes : 1 acción de mejora abierta a cargo de la Subdirección Médica.
Noviembre: 2/3 = 66,67%
Pendientes: 1 acción de mejora abierta del grupo área soporte oncológico
Diciembre: 2/6 = 33,3%
Pendientes: 1 acciones de mejora abiertas a cargo de la Subdirección Médica y 1 modificada acciones de mejora abiertas del grupo área soporte oncológico
acción de mejora abierta de la Unidad de Atención de Cáncer Infantil "UACAI"

- 69% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de de paciente en el INC (69%) Meta 100%
Observaciones: 57% ejecución presupuestal Apropiado: \$419 Ejecutado: \$238
81% de cumplimiento de actividades

Insuficiente

- ✗ 47% Cumplimiento de actividades del programa para la medición y seguimiento de la calidad de la vida

	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 32	

relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC (46,5%) Meta 100%

- ✖ 45% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (45%) Meta 100%
Observaciones: 68% ejecución presupuestal Apropriado: \$245 Ejecutado: \$166
23% de cumplimiento de actividades
- ✖ 0% Evidencia de socialización del programa de humanización
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (31,33 días)
Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Documento de evaluación comparativa de los resultados de cirugía robótica y cirugía convencional
- ✖ 0% Implementación del piloto del modelo de soporte oncológico
- ✖ 0% Implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario
- ✖ 0% Ficha del proyecto de clínica de excelencia de leucemia mieloide crónica
- ✖ 0% Curso diseñado y aprobado, para manejo de enfermería del paciente hematológico
- ✖ 0% Curso en manejo intensivo del paciente hematológico presentado y aprobado al año 2021
- ✖ 0% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT)
- ✖ 0% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal
- ✖ 0% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional.

2.4 Docencia

Total indicadores 25
Avanzado 23 (92%)
Satisfactorio 1 (4%)
Insuficiente 1 (4%)

Para el cuarto trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 100% Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC
- ✓ 100% Programas académicos institucionales con renovación del registro calificado (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC (23) Meta 23
- ✓ 100% Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES
- ✓ 100% Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual (100%) Meta 75%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con clasificación docente (50,29%) Meta 45%
- ✓ 100% Programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa (30,85%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de bienestar para el personal en formación (71,79%) Meta 60%
- ✓ 100% Implementación del plan de desarrollo docente del INC (51,85%) Meta 25%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (80,88%) Meta 80%
- ✓ 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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 32	

- ✓ formación (97%) Meta 80%
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (100%) Min. 80%, Est 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC
- ✓ 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (98,08%)
Min 80%, Est 90%, Max 100%
- ✓ 91% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (91%) Meta 100%
- ✓ 86% Docentes del INC con reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES) (64,52%) Meta 75%

Satisfactorio

- 71% Docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria (16,13%) Meta 22,5%

Insuficiente

No registra dato ni análisis

- × 0% Certificación en altos estándares de acreditación de calidad en docencia

2.5 Investigación

Total indicadores 44
Avanzado 41 (93%)
Satisfactorio 1 (2%)
Insuficiente 2 (5%)

Para el cuarto trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 100% Número de jornadas nacionales de investigación en cáncer (1) Meta 1
- ✓ 100% Número de capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones (2) Meta 2
- ✓ 100% Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF (1) Meta 1
- ✓ 100% Actividades de socialización de la información, donantes y muestras del Biobanco (BNTTF) (1) Meta 1
- ✓ 100% Perfil de idea presentado en SWOG (4) Meta 3
- ✓ 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 (2) Meta 1
- ✓ 100% Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IIB a IV). (17) Meta 4
- ✓ 100% Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación (24) Meta 8
- ✓ 100% Divulgación en eventos científicos y académicos (92) Meta 40
- ✓ 100% Bases de datos en RedCAP de unidades funcionales priorizadas (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe financiero sobre los recursos de retorno al INC por los servicios prestados por el BNTTF

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 14 de 32	

Meta 1

- ✓ 100% Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas (3) Meta ≥ 3
- ✓ 100% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo a la investigación en la Subdirección de investigaciones (2,42) Meta 2
- ✓ 100% Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre (2,02 meses) Meta ≤ 18 meses
- ✓ 100% Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales (14,89%) Meta 7,5%
- ✓ 100% Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC (2,53) Meta ≥ 2
- ✓ 100% Factor de impacto en integración del conocimiento (4,86) Meta ≥ 3
- ✓ 100% Documento técnico que contiene la descripción de las Capacidades de Innovación en el INC al 2021 (1) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (107,3 días) Meta ≤ 210 días
- ✓ 100% Diferencia en la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (23,7 días) Meta ≥ 10 días
- ✓ 100% Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (15,06%) Meta 5%
- ✓ 100% Mantener la indexación en Publindex de la Revista Colombiana de Cancerología (1) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (40,42 días) Meta ≤ 50 días
- ✓ 100% Documento de medición sobre la percepción institucional del comité ética en investigación (1) Meta 1
- ✓ 100% Tiempo de respuesta a solicitudes generales en el trimestre (17,96 días) Meta ≤ 45 días
- ✓ 100% Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento de recertificación en BPC emitido por el Invima 2021 (1) Meta 1
- ✓ 100% Estudios de investigación cerrados (73,17%) Meta 66%
- ✓ 100% Procedimiento de Laboratorio de investigación biología y de unidad de análisis actualizados eliminados en SIAPINC (2) Meta 2
- ✓ 100% Adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC) (100%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Programa para la evaluación de calidad de vida, en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo, con concepto financiero (1) Meta 1
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV
- ✓ 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%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 96% Proyectos que cumplen con las actividades del cronograma (96,3) Meta 100%
- ✓ 92% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por medio tiempo dedicado en la subdirección de investigaciones (GASP) (0,92) Meta 1
- ✓ 92% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación (92%) Meta 100%
- ✓ 77% Ejecución del macroproyecto de investigación (76,77%) Meta 100%
- ✓ Observaciones: 77% ejecución presupuestal Apropriado: \$2.721 Ejecutado: \$2.089

Satisfactorio

- 70% Número de proyectos de investigación nuevos con la red, con uso de muestras del BNTTF (al menos 1) (0,7) Meta 1

Insuficiente

- ✗ 0% Variación porcentual de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 32	

(-46,8%) Meta 10%

- ✖ 0% Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (0) Meta 5%

2.6 Salud pública

Total indicadores 32

Avanzado 30 (94%)

Satisfactorio 1 (3%)

Insuficiente 1 (3%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Mesas de trabajo para la implementación del piloto de cuidado paliativo (2) Meta 2
- ✓ 100% Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados (3) Meta 3
- ✓ 100% Documento con el análisis de resultados del porcentaje de positividad de las pruebas de tamización en las brigadas realizadas (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento con los resultados de evaluación del plan decenal para el control del cáncer con base en las fuentes de información secundarias disponibles. (1) 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 2
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa (2) Meta 2
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación (1) Meta 1
- ✓ 100% Asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual (1) Meta 1
- ✓ 100% Convocatoria para entidades interesadas en implementar registros poblacionales en ciudades estratégicas (1) Meta 1
- ✓ 100% Anuario estadístico 2020 publicado en la web
- ✓ 100% Número de convenios de registros poblacionales vigentes (4) Meta 4
- ✓ 100% Infocancer con información anual actualizada (mortalidad nacional 2019. Incidencia información de Medellín 2008-2012)
- ✓ 100% Guías de práctica clínica iniciada en el año 2021 (cáncer de pulmón, cáncer gástrico, tiroides) (3) Meta 3
- ✓ 100% Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados (4) Meta 4
- ✓ 100% Porcentaje de implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos (50%) Meta 50%
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas por año (3) Meta 3
- ✓ 100% Informe de avance de la implementación del programa institucional de tele oncología (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe del Piloto del modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer (1) Meta 1
- ✓ 100% Plan de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo para retomar el SIVECAO al año 2021. (1) Meta 1
- ✓ 100% Proyectos/programas de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados (2) Meta 2
- ✓ 100% Porcentaje de la implementación del plan para recuperar la confianza de la vacuna del VPH (20%) Meta 20%
- ✓ 100% Documento con evidencia de inicio de la implementación de la segunda fase (2021) (1) Meta 1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 32	

- ✓ 100% Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica terminada 2021 (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de perfiles de los profesionales pertinentes al tema del curso capacitados (99,21%) Meta 90%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB
- ✓ 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%
- ✓ 96% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública (96%) Meta 100%

Satisfactorio

- 71% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública (71,32%) Meta 100%
Observaciones: 71% ejecución presupuestal Apropiado: \$1.325 Ejecutado: \$945

Insuficiente

- ✗ 33% Guías de práctica clínica terminada en el año 2021 (cesación tabáquica, cáncer de próstata, sarcoma y tejidos blandos 2019) (1) Meta 3
Observaciones: Guía de Práctica Clínica de Cesación Tabáquica aprobada

3. PROCESOS DE APOYO

Observaciones generales POA Administrativos

- Indicadores sin cargue
- Mejorar oportunidad liquidación de salarios
- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Mejorar la respuesta a glosa recibida dentro de términos

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 42
Avanzado 34 (81%)
Satisfactorios 1 (2%)
Insuficientes 7 (17%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Porcentaje de convocatorias desiertas (1,68%) Min. 35%, Est. 45%, Max. 50%
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas (1) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (59 días)
Min. 50 días, Est. 55 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (57,75 días)
Mín. 50 días, Est. 55 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado (16 días) Meta 30 días
- ✓ 100% Ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (98%) Meta >=95%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 32	

- ✓ 100% Apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas (90,84%) Meta >=80%
- ✓ 100% Rotación del personal (4,2) Mín. 5, Est. 10, Máx. 15
- ✓ 100% Ejecución del plan de incentivos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura del plan de bienestar (98,10%) Meta >=95%
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (4,1) Meta 7,65
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid) (2,84) Mín. 0,1 Est. 10, Máx. 15
- ✓ 100% Diferencia en el índice frecuencia de accidentalidad institucional (6,6) Meta 0,45
- ✓ 100% Ausentismo por causas definidas (2,7%) Meta <=5%
- ✓ 100% Variación porcentual de ausentismo por causas definidas (0,9) Meta 0,21
- ✓ 100% Índice de severidad (sin covid) (6,89) Mín. 0.5 Est. 50 Máx. 100
- ✓ 100% Índice de severidad (27,5) Meta 42,5
- ✓ 100% Diferencia en el índice de severidad de los accidentes (57,48) Meta 4,5
- ✓ 100% Diseño estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento de procedimiento o tipo documental definido para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC (que incluya un cronograma de ejecución)
- ✓ 100% Ejecución presupuestal del programa de bienestar (97,72%) Meta 95%
Observaciones: Apropiado \$390,00,000, ejecutado 381,094,776
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH
- ✓ 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%
- ✓ 99% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (99,23%) Meta 100%
- ✓ 96% Satisfacción de las actividades del programa de bienestar (95,83%)
Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (94,35%) Meta 100%
- ✓ 89% Ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional (88,89%) Meta 100%
- ✓ 86% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTH (86,47%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 83% Implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa (83%) Meta 100%
- ✓ 78% Ejecución de actividades del programa de bienestar (77,7%) Meta 100%
Observaciones: Se realizaron 7 actividades de 9 programadas. Pendiente la celebración del profesor en merito por disponibilidad del funcionario homenajeado y la conmemoración de los quinquenios
- ✓ 76% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH (76,25%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (67%) Cumple con 2 de las 3 fechas programadas de acuerdo con el cronograma definido

Insuficiente

- ✗ 47% Cumplimiento 100% de los estándares que apliquen a talento humano (47,06%) Meta 100%
- ✗ 35% Capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post ó informe) (33,33%) Meta >=95%
- ✗ 33% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo con el cronograma definido)
- ✗ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo con el cronograma definido)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 32	

- ✖ 33% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) (Cumple con 1 de las 3 fechas programadas de acuerdo con el cronograma definido)
- ✖ 6% Ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (5,57%) Meta 95% Observaciones: Apropiación: \$368,648,100, Ejecución \$ 20,538,900 = 5.57%

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 38

Avanzado 32 (84%)

Satisfactorio 2 (5%)

Insuficiente 4 (11%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud (1) Meta 1
- ✓ 100% Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud (1) Meta 1
- ✓ 100% Proporción de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Reducción del índice de obsolescencia (10,5%) Meta <=12,5%
- ✓ 100% Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (plan publicado en siapinc GTC-P02-PL-01)
- ✓ 100% Plan de aseguramiento metrológico (plan publicado en siapinc GTC-P02-PL-02)
- ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Reducción de consumo en las seis (6) tecnologías implementadas. (39,82%) Meta 1%
- ✓ 100% Devolución por mala calidad en el lavado (0,03%) Min. 1%, Est. 3%, Máx. 5%
- ✓ 100% Reporte de seguimiento a siniestros institucionales (3) Meta 1 reporte
- ✓ 100% Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR (15) Meta 5 informes
- ✓ 100% Funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación (100%) Meta 80%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC
- ✓ 99% Cumplimiento en limpieza y desinfección (99,21%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99,10%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (98,50%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción servicio de Lavandería (99,26%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (97,81%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (96,75%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Ejecución del cronograma PIGA (96%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 19 de 32	

- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (94%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (93,33%) Meta 100%
- ✓ 91% Cumplimiento de los estándares que apliquen a dotación (91,19%) Meta 100%

- ✓ 90% Ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (89,64%) Meta 100%
Observaciones: Apropiación: \$19.463 Ejecutado \$17.448 Total 90%

- ✓ 87% Adquisición de tecnologías incorporadas (86,67%) Meta 100%
Observaciones: Adquisición de 13 equipos de 15 programados:
 - 1 Mesa de Cirugía
 - 1 Refrigerador
 - 1 termociclador
 - 4 micropipetas varios volúmenes
 - 1 lámpara Quirúrgica con transmisión de imagen
 - 1 sistema Lector TLD
 - 1 TLD'S
 - 1 equipo Dosimetría en vivo
 - 1 sistema de inmovilización vertical
 - 1 cabina de flujo horizontal

- ✓ 87% Cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a infraestructura (86,72%) Meta 100%

- ✓ 80% Ejecución del plan de aseguramiento metrológico (79,77%) Meta 100%
Observación: De 1132 equipos programados, fueron ejecutadas un total 903 actividades de metrología. La ejecución de las 229 actividades de metrología que no fue posible ejecutar durante la vigencia 2021, fueron reprogramados para ser llevadas a cabo durante el primer semestre de 2022.

- ✓ 76% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (76,13%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observación Octubre: 402 órdenes de servicio realizadas de 497 solicitudes.
Noviembre: 495 órdenes de servicio realizadas de 686 solicitudes.
Diciembre.: 510 órdenes de servicio realizadas de 677 solicitudes.

- ✓ 75% Cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC (75%) Meta 100%
- ✓ Observaciones: programadas 2: Ascensores 2 instalados en su totalidad, tercero en proceso de ejecución. Aguas lluvias ejecución del 50%

- ✓ 75% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (75,33%) Meta 100%
Observaciones: Octubre: 10 indicadores programados, 3 sin cargue: Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo, Porcentaje de cumplimiento del plan de metrología; Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura, de equipos industriales y de apoyo
Noviembre: 10 indicadores programados, 2 sin cargue: Porcentaje de cumplimiento del plan de metrología; Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura, de equipos industriales y de apoyo
Diciembre: 25 indicadores programados, 6 sin cargue: Unidades de Tecnologías limpias compatibles con el medio ambiente; Porcentaje de cumplimiento de mantenimiento preventivo, Porcentaje de Tecnologías limpias de soporte no biomédico compatibles con el medio ambiente , Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura, de equipos industriales y de apoyo, Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica , Porcentaje de ejecución del presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC, Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección.

	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 32	

Satisfactorio

- 71% Cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC (71%) Meta 100%
- 64% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento el INC (64,39%) Meta 100%
Observaciones: Total apropiación \$12.625, valor ejecución \$ \$8.129. Total 64%

Insuficiente

- ✖ 57% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (57%) Meta 100%
- ✖ 43% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (43%) Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 1 acción de mejora para cierre la cual pasa abierta a cargo de grupo área gestión tecnología clínica
Noviembre. 2 acciones de mejora que se cierran oportunamente
Diciembre: 7 acciones de mejora para cierre, 5 abiertas: 4 a cargo de Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica E Infraestructura y 1 a cargo de Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP
- ✖ 0% Términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 19
Avanzado 18 (95%)
Satisfactorio 1 (5%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente documental (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión (30 grupos) Meta 30 grupos
- ✓ 100% Operación de avance de administración de historias laborales (Open File) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Avance de Plan Archivístico (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente tecnológico (Sistema de documentos electrónicos de archivo – DEA) (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% Implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Capacitaciones realizadas en el componente módulo de correspondencia (Siapinc4) (140%) 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 21 de 32	

- ✓ 100% (22 capacitaciones realizadas de 15 programadas)
- ✓ 100% Cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de correspondencia (219 funcionarios y colaboradores capacitados) Meta 150 funcionarios y colaboradores capacitados
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente cultural (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de las capacitaciones en aplicación de Tablas de Retención Documental-TRD y manejo de archivo (251 funcionarios y colaboradores capacitados) Meta 200 funcionarios y colaboradores capacitados
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas de gestión documental (2 boletines) Meta 2
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD
- ✓ 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%

Satisfactorio

- 61% Metros lineales organizados de los archivos de gestión (79 metros lineales) Meta 130 metros lineales

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 28

Avanzado 27 (96%)

Insuficiente 1 (4%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Presupuesto de inversión igual o mayor vigencia actual. (117%) Meta 100%
Observaciones: presupuesto inversión 2022 \$47.578.774.000
presupuesto inversión 2021 \$ 40.625.319.762
- ✓ 100% Ahorro estimado por austeridad y eficiencia (0,27%) Meta 0,2%
Observaciones: Ahorro \$ 967.786.088
Total presupuesto \$ 361.840.731.032.00
- ✓ 100% Ingresos por fuentes alternas gestionadas (2,47%) Meta 2%
- ✓ 100% Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades iniciales (plan consolidado octubre 2021) Meta Noviembre
- ✓ 100% Oportunidad en la emisión del plan anual de adquisiciones inicial (plan elaborado en diciembre)
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (20,01 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (61,78 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
Observaciones: Se aplica 10% sobre valor máximo (60*10% = 66 días) Indicador está dentro de nuevo límite máximo
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (58,97%)
Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 22 de 32	

- ✓ 100% Implementación plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual (100%) Meta 100%
Observaciones: Módulos realizados
Gestión de Estudios Previos
Gestión de Términos de Condiciones
Registro de Proveedores
Gestión de Adendas
Evaluación de Oferta
Solicitud Cancelación del Proceso
Registro y Clave de Proveedores
Creación del Contrato
Adjudicación
Novedades del Contrato
Comité
Liquidación del Contrato
Informes de Supervisión
- ✓ 100% Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo (130%) Meta 100%
- ✓ 100% Diseño de modelos de remuneración alternativa en áreas administrativas (1) Meta 1
- ✓ 100% Mantener los modelos de productividad existentes (2019-2022) (6) Meta 4
- ✓ 100% Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad (1) Meta 1
- ✓ 100% Documento de diseño de modalidad alianzas público-privadas para adquisición de bienes o servicios (1) Meta 1
- ✓ 100% Términos de referencia en los contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG
- ✓ 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%
- ✓ 96% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (96,48%) Meta 100%
Observaciones: 795 ítems adjudicados de un total de 824 ítems
- ✓ 96% Pagos (95,98%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones: Pagos acumulados \$315.948 millones Total Compromisos \$329.178 millones
- ✓ 95% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (94,79%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Apropiación \$206.144 millones se realizaron compromisos por valor \$195.396 millones
- ✓ 91% Ejecución presupuestal (consolidado) (90,97%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observación Del total apropiado para gastos que fue de \$361.841 millones se realizaron compromisos a diciembre de \$329.178 millones
- ✓ 89% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (88,94%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Apropiación \$115.071 millones se realizaron compromisos por valor de \$102.344 millones
- ✓ 84% Cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos (84,21%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 80% Modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección (modelo no ha sido presentado a la dirección)

	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 32	

- ✓ 77% Ejecución por concepto de gasto : inversión (77,39%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: Apropiación de \$40.625 millones, compromisos por valor de \$31.438 millones

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (64,65 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
Observaciones: Se aplica 10% sobre valor máximo (50*10% = 55 días) Indicador fuera del límite máximo

3.5 Gestión contable

Total indicadores 14
Avanzado 14 (100%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Utilidad neta del INC (16,25%) Meta $\geq 8\%$
- ✓ 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 (74,58%) Meta $\leq 80\%$
Observaciones: Costos asistencial: \$ 212,932,267,144; Ingresos operacionales: \$ 285,522,691,181
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (14,09 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) meta 3
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO
- ✓ 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%
- ✓ 99% Porcentaje de cumplimiento de prestaciones costeadas (99,02%) Meta 100%
Observaciones: 1.924 prestaciones costeadas de 1943
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (98%) Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 100%
Noviembre: 100%
Diciembre: 93.33%, De 15 indicadores no se cargó 1 Razonabilidad de los estados financieros.
- ✓ 80% Estados financieros presentados y publicados en la página web (estados financieros no están publicados en la página web)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 24 de 32	

3.6 Gestión comercial

Total indicadores 30

Avanzado 27 (90%)

Insuficiente 3 (10%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (108,62%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Observaciones :
Octubre : 99,97%. Facturado \$ 25.788.866.751. Meta mes \$ 25.796.488.559
Noviembre: 108,10%. Facturado \$ 24.247.681.989. Meta mes \$ 22,431,371,134
Diciembre 117,8%. Facturado \$ 28,752,292,276, meta mes \$ 24,407,758,984
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
Observaciones: Se realizaron las actividades programadas:
 1. Circularización de saldos
 2. Cobro de radicación mensual
 3. Cobro de los valores reconocidos en conciliaciones de glosa
 4. Ejecución de las visitas de acuerdo con el cronograma
 5. Cruce contable de cartera
 6. Solicitudes de conciliación ante Supersalud o procuraduría
 7. Cobro coactivo con mandamiento de pago y medidas cautelares
 8. Compensación oportuna de pagos total o parciales, notas crédito y demás documentos autorizados contables autorizados que afecten el valor de la factura y permita evidenciar el saldo real
 9. Actualizar en las nuevas Minutas de contratos en los cuales se especifique que las ERP aportaran el poder para la conciliación de glosas, devoluciones y conciliaciones y cartera
 - 10.. Generar la cartera por vigencias con corte a los meses de febrero, junio y octubre con el fin de evidenciar y tomar acciones administrativas y /o jurisdiccionales que se deban adelanta a la cartera adeudada, (análisis en los meses de marzo, julio y noviembre).
 11. Cobro coactivo con mandamiento de pago y medidas cautelares
- ✓ 100% Conciliación de cartera con las ERP (125%) Meta 100%
Observaciones: Se proyectaron 151 cruces contables de cartera de los cuales se ejecutaron 189
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (135,07%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones:
Octubre: 128,15%. recaudado \$ 27,564,035,704. Meta mes \$ 21,510,000,000
Noviembre: 147,32% recaudado \$ 33,979,295,098. Meta mes \$ 23,064,820,000
Diciembre 129,73,8%. recaudado \$ 28,823,564,198. Meta mes \$22,218,600,000
- ✓ 100% Porcentaje de depuración la cartera (2019-2022). (31,4%) Meta 25% (Acumulado a IV trimestre 2021 81,4%)
- ✓ 100% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (115,75%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (171%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (0,95%) Meta <=3%
- ✓ 100% Número de nuevas modalidades de contratación (1) Meta 1
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (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 25 de 32	

- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (100%) Meta 100%
Observaciones: Para la vigencia 2021 se había proyectado en ventas brutas de \$273.120.000.000, estas ventas se superaron, alcanzando un valor de \$308.589.063.113
- ✓ 100% Ejecución en la venta de servicios con nichos distintos a EPS (245%) Meta 100%
Observaciones: EPS: Meta 2021 \$3.043.860.705, el indicador superó, logrando ventas por \$7.457.669.583.
- ✓ 100% Cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de las estrategias comunicativas para el posicionamiento de las cirugías de alta complejidad (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCM
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM
- ✓ 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%
- ✓ 98% Ejecución del plan de mercadeo (97,70%) Meta 100%
Observaciones: 85 actividades ejecutadas de 87
Actividades realizadas.
 1. Gestionar los contratos (mensual)
 2. Ejecutar el plan de ventas (mensual)
 3. Incremento de ventas en nichos diferentes a EAPB (mensual)
 4. Reuniones con los servicios diferenciales
 5. Visitas comerciales de renovación y de seguimiento (mensual)
 6. Ejecución plan de respuesta a requerimientos (mensual)
 7. Calificación y evaluación del Ranking (trimestral)
 8. Actualización de portafolios
 9. Socialización de portafolios
 10. Fortalecimiento de competencias Grupo Comercial y Mercadeo (mensual)
 11. Medición de la percepción de la ERP

Actividades pendientes

 1. Incrementar en un 5% los pacientes nuevos con respecto al año anterior
 2. Fortalecimiento con el sector de aseguramiento y lograr más contratos por la modalidad de PGP
- ✓ 94% Satisfacción de las aseguradoras (89%) Meta >=95%
- ✓ 93% Depuración de la glosa contable con corte a 2018. (70,12%) Meta 75%
- ✓ 86% Depuración de la glosa contable a partir de 2019 (68,5%) Meta >=80%
- ✓ 85% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (85%) Meta 100%
Observaciones: 17 capacitaciones ejecutadas de 20 programadas:
 1. Dermatología (2 jornadas)
 2. Medicina Nuclear / Radiofarmacia (2 jornadas)
 3. otros servicios: Negotiation by Design/Taller de negociaciones en salud
 4. Cabeza y Cuello
 5. Ortopedia
 6. Cirugía plástica (2 jornadas)

	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 32	

7. Endocrinología (2 jornadas)
8. Plan de capacitación 2021: Taller aplicación de los modelos de contratación en salud (PGP, GRD, etc.) (2 jornadas)
9. Otras capacitaciones: Socialización modelos de contratación Minsalud
10. Ginecología
11. Urología
12. Seno y Tejidos Blandos

3 capacitaciones pendientes:

1. Hematología
2. Radioterapia
3. Servicios Farmacéuticos

- ✓ 80% Autorizaciones obtenidas (71,70%) Meta $\geq 90\%$

Observaciones:

Octubre 70,4%: 10928 autorizaciones obtenidas de 15523 autorizadas

Noviembre 70,4%: 11868 autorizaciones obtenidas de 16837 autorizadas

Diciembre 74,2%: 11693 autorizaciones obtenidas de 15753 autorizadas

- ✓ 80% Portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos (atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD) que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia (Portafolio no contiene información de venta de radiofármacos)

Insuficiente

- ✗ 33% Nuevos modelos de contratación aplicados a entidades (1) Meta 3

- ✗ 24% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (23,78%) Meta 100%

Observaciones:

Octubre 19%: Valor glosa respondida \$ 1,960,124,916.00. Valor objeción \$ 10,196,494,005.00

Noviembre 17%: Valor glosa respondida \$ 1,151,292,013.00 Valor objeción \$ 6,810,410,675.00

Diciembre 35%: Valor glosa respondida \$ 4,460,522,358.00 Valor objeción \$ 12,657,760,603.00

- ✗ 17% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (17%) Meta 100%

Observaciones:

Octubre. 1 acción de mejora para cierre oportuno a cargo grupo área gestión de facturación la cual no se cierra.

Noviembre. 4 acciones de mejora para cierre oportuno, 2 sin cerrar 2 a cargo grupo área de facturación.

Diciembre: No tiene acciones de mejora programada

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 27

Avanzado 26 (96%)

Satisfactorio 1 (4%)

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 27 de 32	

Avanzado

- ✓ 100% Documento BIATI (1) Meta 1
- ✓ 100% Ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Avance de renovación tecnológica (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de la nueva ofimática (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización versión sistema de control de acceso (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24) (99,83%) Meta $\geq 98\%$
- ✓ 100% Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) (100%) Mín. 90%, Est. 98%, Máx. 100%
- ✓ 100% Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP (100%) Mín. 90%, Est. 98%, Máx. 100%
- ✓ 100% Tiempo de respuesta infraestructura SAP (545,49 milisegundos) Meta ≤ 1500
- ✓ 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 crítico solucionados dentro de periodo (100%) Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda (99,32%)
Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 90%
- ✓ 100% Eventos relacionados con seguridad de la información cerrados (100%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTI
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del 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%

- ✓ 99% Implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021 (99%) Meta 100%
Observaciones: 102 actividades programadas, actividades que no cumplieron el 100%:
Aplicación de Hardening de Servidores 75%
Integrar equipos y puertos faltantes de Red A NAC por cambio programado de Switches 75%
Adquirir herramientas de recolección, adquisición y preservación de evidencia en casos de materialización de eventos de SI (Informática forense) 75%
Formalizar el plan de Continuidad de Negocio 90%

- ✓ 98% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma (98%) Meta 100%
Observaciones: De un total de 34 actividades, no se cumplieron al 100%
Firma Digital de Consentimiento Informado FASE II. 90%
Formalización Plan Continuidad de Negocio de TI - MSPI 90%
Ampliación Equipos Activos Red 69%
Laboratorio de Cocreación - Innovación 2021 94%

- ✓ 94% Cumplimiento del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC (componentes de Sistemas y seguridad de la información) (94%) Meta 100%
Observaciones: Se realizaron las actividades de:
Estudio de Mercado 10%
Elaborar Estudio previo 25%
Calificar Propuestas 15%
Plan de Pruebas: 10%
Ejercicio Hacking Ético: 10%

	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 32	

Simulacro de ataques: 5%
Auditoría Roles y perfiles: 5%
Informes y Cierre: 10%

- ✓ 90% Implementación de la prueba de Hacking ético sobre la plataforma SAP (90%) Meta 100%
 - ✓ 86% Cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral (86%) Meta 100%
 - ✓ 85% Ejecución el proyecto de sistematización integral (85%) Meta 100%
- Observaciones: Total apropiado \$917, ejecutado \$775

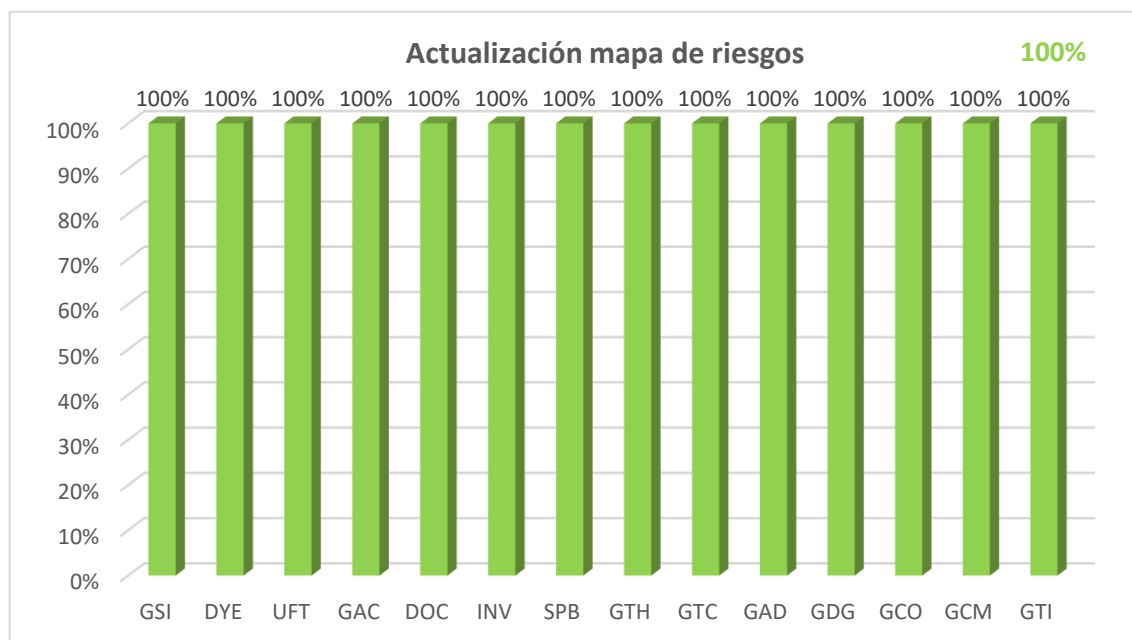
Satisfactorio:

- 69% Implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6 (69%) Meta 100%
- Observaciones: Se adjudicó contrato No. 252-2021 Con la empresa COLSOF, se queda a la espera de la instalación de equipos activos los cuales se realizarán entre los meses de enero a marzo de 2022. Se tiene un avance del 69%.

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

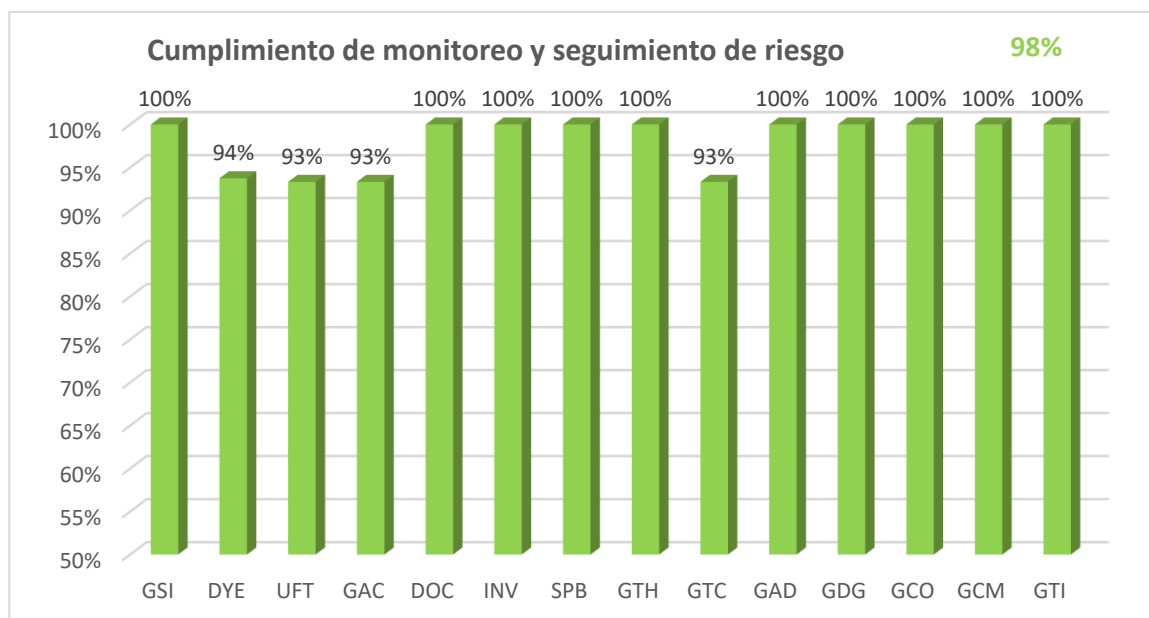
A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el cuarto trimestre 2021:

4.1 Actualización mapa de riesgos

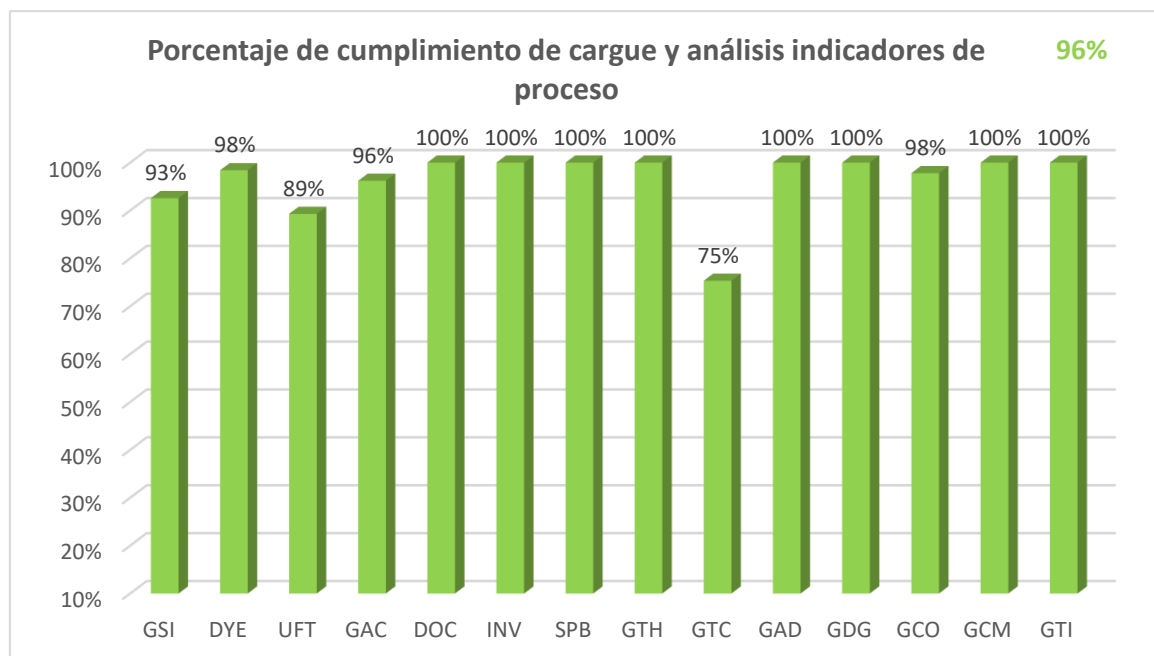


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 29 de 32	

4.2 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

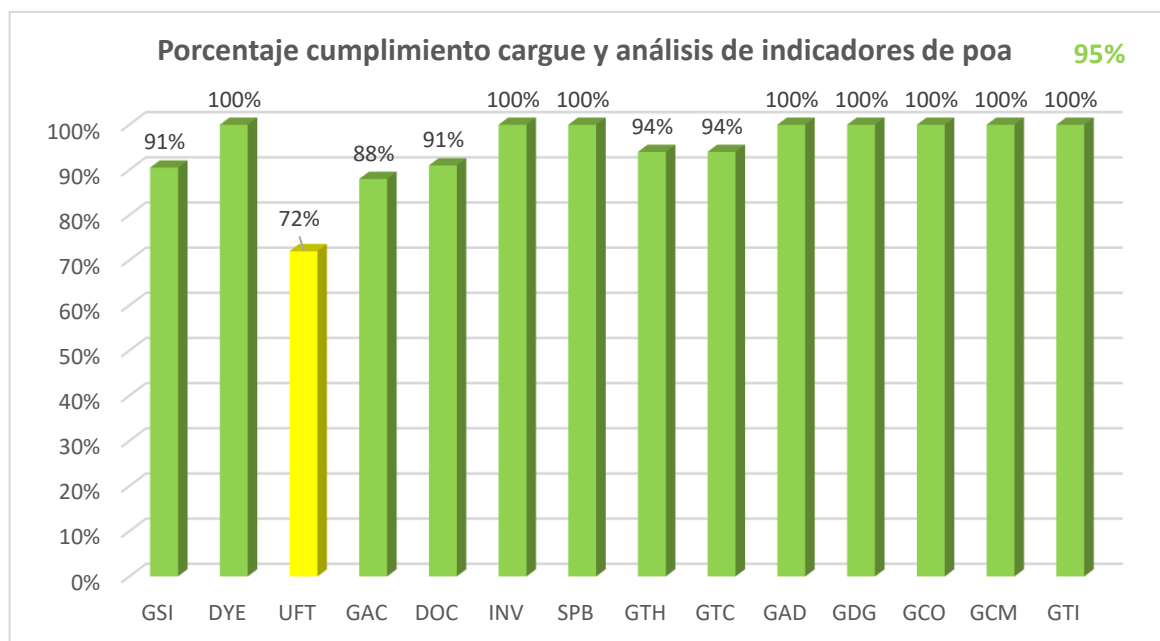


4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

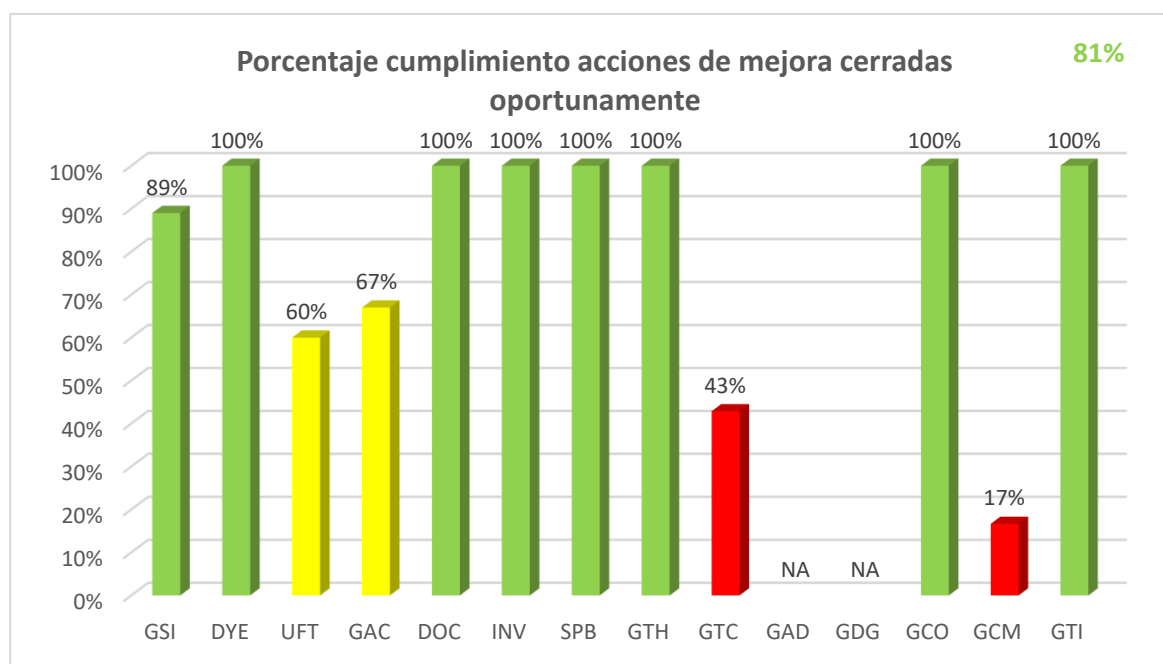


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 30 de 32	

4.4 Oportunidad carga y análisis indicadores POA.



4.5 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 31 de 32			

4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

Para el cuarto trimestre 2021 ningún proceso tenía programado entrega de estudios previos.

5. Resultados POA año 2021

	PROCESO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	AÑO 2021
GSÍ	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	78%	82%	81%	84%	81%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	86%	87%	85%	91%	87%
UFT	Unidades Funciones de Tratamiento	79%	81%	77%	69%	77%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	88%	80%	87%	81%	84%
DOC	Docencia	88%	90%	97%	94%	92%
INV	Investigación	88%	90%	93%	94%	91%
SPB	Salud Pública	96%	91%	99%	97%	96%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	85%	71%	77%	82%	79%
GTC	Gestión de Tecnología e Infraestructura	84%	84%	83%	86%	84%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	98%	100%	95%	98%	98%
GDG	Gestión del Gasto	97%	99%	73%	93%	91%
GCO	Gestión Contable	89%	91%	85%	98%	91%
GCM	Gestión Comercial	92%	91%	89%	90%	91%
GTI	Gestión de la Tecnologías de Información	93%	87%	96%	97%	93%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		89%	87%	87%	90%	88%

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos para el año 2021 fue del 88%, estando en un nivel avanzado.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 32 de 32			

CONCLUSIONES	
Principales actividades que impactaron en el cumplimiento del POA durante el IV trimestre fue * Indicadores sin cargue y análisis. Se evidencia un compromiso con las metas establecidas dando un cumplimiento para el año del 88%.	
Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Correales 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 OYM
1	05-07-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tims
2	31-10-2020	modificar informe por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina