

	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 23			

Fecha del Informe:	23/05/2022
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual I trimestre 2022
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.....	23

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

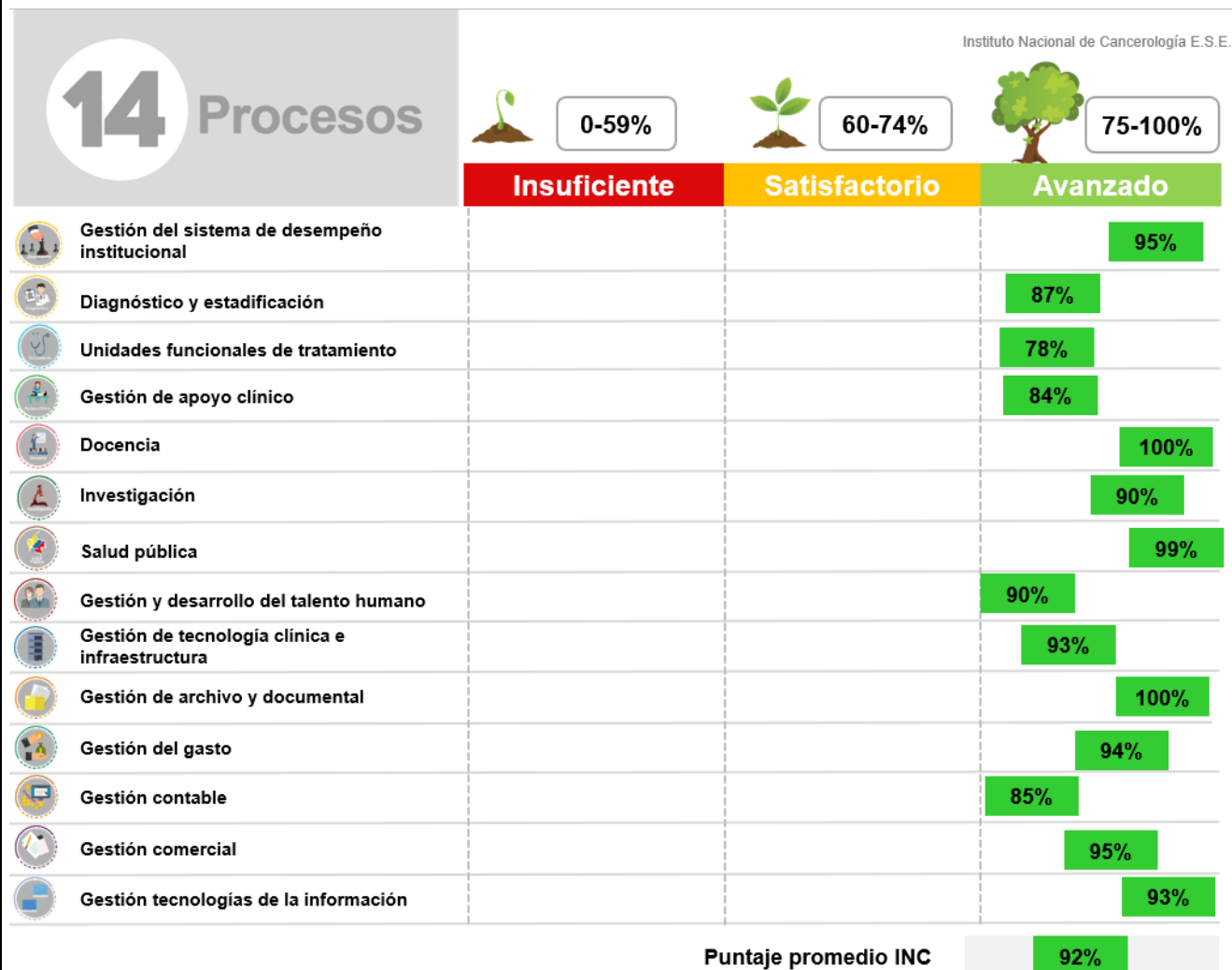
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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 23	

Criterios de Evaluación	Semaforización
0 a 59 Inoportunidad y bajo cumplimiento de los compromisos	
60 a 74 Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos	
75 a 100 Cumplimiento de los compromisos propuestos	

2. RESULTADOS I TRIMESTRE 2022



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 92% en los planes operativos anuales; estando los 14 procesos con cumplimiento avanzado.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 3 de 23			

Para el I trimestre 2022 se evaluaron un total de 275 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 246 (89%)

Satisfactorio 5 (2%)

Insuficientes 24 (9%)

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

Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos: %

Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso: %

Oportunidad cargue y análisis indicadores POA del proceso: %

Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente: %

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 22

Avanzado 22 (100%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Cierre de acciones de mejora de acreditación (29 acciones programadas y cerradas)
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM elaborados y enviados)
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión de proyectos (17%) Meta 10%
Observaciones: Gestión de proyectos: 5 macroproyectos. Total apropiado \$58,259 Total ejecutado \$ 11,939; 20% ejecución presupuestal
Actividades 13%
- ✓ 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 (ficha técnica capacidad instalada actualizada y disponible en Siapinc)
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,25%) Meta >= 90%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (1,4 días) Meta 1 día
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (8,33%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones:
Enero: cero
Febrero: cero
Marzo: se materializó un riesgo ""Decisiones erróneas que llevan a condenas en demandas derivados de la prestación del servicio del INC"

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

- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas Proceso GSI (0,75 días) Meta <= 5 días
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (98%) Meta 100%
Observaciones: 20 indicadores programados, 1 sin análisis porcentaje cumplimiento plan de comunicaciones
- ✓ 90% Satisfacción de los usuarios pacientes (90,16%) Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 89% Riesgos tratados en el INC (88,89%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 100%
Observaciones: Se trataron 8 riesgos de 9 identificados. Pendiente Realizar el análisis de indicador porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de equipos biomédicos" a cargo de grupo de ingeniería biomédica
- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización (88,46%) Meta 100%
Observaciones: 23 actividades ejecutadas de 26 programadas
Actividades pendientes:
línea apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: actividades lúdicas
línea espacios y tecnología humanizada: ucis humanizadas
línea soporte y cuidado paliativo: cuidados paliativos al final de la vida
- ✓ 85% Cumplimiento del plan de comunicaciones (85%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (83,85%) Meta 100%
Observaciones: Enero: 18 indicadores programados, de los cuales los siguientes no contaron con análisis. Porcentaje de conciliaciones con respuesta en término. Porcentaje de demandas con respuesta en término. Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término. Porcentaje de respuestas de asesoría jurídicas correspondiente a la Oficina Asesoría Jurídica y de la Oficina de Planeación y Sistemas el indicador: Comunicaciones-Porcentaje de cumplimiento de diseño y divulgación de piezas graficas.
Febrero: 19 indicadores programados, Los indicadores que no registraron dato ni análisis fueron: Porcentaje de demandas con respuesta en término y Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término, indicador sin análisis: Porcentaje de conciliaciones con respuesta en término correspondiente a la Oficina Asesoría Jurídica. *El indicador de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas: Comunicaciones-Porcentaje de cumplimiento de diseño y divulgación de piezas graficas no cuenta con dato ni análisis.
Marzo 31 indicadores programados *Los indicadores que no registraron dato ni análisis fueron: Porcentaje de demandas con respuesta en término, Porcentaje de procesos administrativos con respuesta en término y Nivel de satisfacción del usuario de jurídica. **Los indicadores sin análisis: Porcentaje de conciliaciones con respuesta en término, Porcentaje de Tutelas con respuesta en término. Proporción de derechos de petición resueltos antes de 15 días - Jurídica y Porcentaje de tramites arbitrales con respuesta en término.
- ✓ 83% Página web institucional mejorada (actualización y funcionalidad)
- ✓ 81% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad acumulado (59,09%) Meta 73%
Observaciones:
Pisos señalizados: a I trimestre acumulado 13 pisos de 22 para la vigencia
Edificio C. 3 pisos
Edificio D. 1 piso
Edificio E. 2 pisos

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

Edificio F. 4 pisos

Edificio B.3 pisos

2. PROCESOS MISIONALES

Observaciones generales POA Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Indicadores sin cargue.
- Mejorar entrega estudios previos

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 20

Avanzado 17 (85%)

Insuficiente 3 (15%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 87%

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,25%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear (26%) Meta 10%
Observaciones: Apropriación: \$310, Ejecutado \$ 108, Ejecución presupuestal: 35%. Actividades 18%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (21 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 (12,15 minutos)
- ✓ Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (2,29 días)
Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (1,13 días)
Mín. 0 días, Est. 5 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (2,36 día) Mín. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (6,67%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones: En el mes de enero se materializó 1 el riesgo falla en la identificación y/o pérdida de muestras de 5 identificados
- ✓ 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%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,68 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET (10%) Meta 10%
Observaciones: Actividades 10%, Ejecución presupuestal programada para III trimestre.

	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 23	

- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (10%) Meta 10%
Observaciones: Actividades 10%, ejecución presupuestal programada para III trimestre
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (97,27%) Meta 100%
- ✓ Observaciones:
Enero 61 indicadores programados, 2 sin análisis: Porcentaje de entrega no oportuna de radiofármacos del Grupo Radiofarmacia y Oportunidad en la entrega de exámenes de citogenética del Grupo Patología Oncológica
Febrero: 61 indicadores programados. 3 indicadores sin cargue: Revisar con Elizabeth cuales son por cargue y cuales por análisis
Marzo. 61 programados y cargados
- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización de acuerdo con las actividades que apliquen al proceso DYE (88,46%) Meta 100%
Observaciones: 23 actividades ejecutadas de 26 programas
Actividades pendientes:
Línea apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: Actividades lúdicas
Línea espacios y tecnología humanizada: ucis humanizadas
Línea soporte y cuidado paliativo: cuidados paliativos al final de la vida

Insuficiente

- ✗ 53% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente (52,625) Meta 100%
Observaciones:
Enero: Na
Febrero: 317 ítems programados para entrega. 6 pendientes a cargo de: Laboratorio clínico
Marzo: 56 ítems programados para entrega. 52 pendientes a cargo de: Grupo patología oncológica 49 Grupo radiofarmacia: 3
- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (28,21 días). Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días
- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (20,52 días) Meta <= 15 días(0%).

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 26
Avanzado 22 (85%)
Insuficientes 4 (15%)

Para el primer de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%:

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (42,93). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (2,21). 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 (16,21 minutos) Mín. 20 min, Est. 30 min, Max. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (23,10 horas)
Mín. 48 horas Est. 60 horas Máx. 72 horas

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

- ✓ 100% Aceptación de pacientes referidos (47,19%) Mín. 39% Est. 44% Máx. 59%
 - ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (99,84%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (15,33 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 (94,50%) Meta 90%
 - ✓ 100% Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería (99,40%) Meta 90%
 - ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (99,02%) Meta 90%
 - ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica (89,62%) Meta 90%
 - ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso (99,62%) Meta 85%
 - ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria (41%) Meta 10%
- Observaciones: Apropiación: \$ 234., Ejecutado \$171, % ejecución presupuestal: 73%; Actividades 10%

- ✓ 100% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (93,69%) Meta 90%
 - ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (5,59) Mín. 4 Est. 6 Máx. 8
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,04 días) Meta <= 5 días
 - ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (94,97%) Meta 100%
- Observaciones:
Enero 95 indicadores programados, 6 sin cargue.
Febrero 94 programados, 2 sin cargue ni análisis:
Marzo 99 indicadores programados

- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (92%) Meta 100%
- Observaciones: 24 Indicadores programados, 2 sin cargue ni análisis: Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria

- ✓ 90% Satisfacción del usuario (90,16%) Mín. 85% Est. 90% Máx. 100%

- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (88,46%) Meta 100%
- Observaciones: 23 actividades ejecutadas de 26 programadas
Actividades pendientes:
Línea apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: actividades lúdicas
Línea espacios y tecnología humanizada: ucis humanizadas
Línea soporte y cuidado paliativo: cuidados paliativos al final de la vida

- ✓ 77% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (76,85%) Meta 100%
- Observaciones: enero 6 acciones de mejora, 2 sin cerrar: cargo Grupo enfermería oncológica
Febrero: 18 acciones de mejora, 2 sin cerrar: 1 a cargo de grupo servicios farmacéuticos y 1 Grupo área gestión de apoyo clínico
Marzo: 8 acciones de mejora, 2 sin cerrar a cargo Grupo área gestión de apoyo clínico

Insuficiente

- ✗ 39% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente (38,54%) Meta 100%
- Observaciones: Enero: No tenían ítems programados
Febrero: 48 ítems programados, 11 sin entregar:
1 grupo Área Gestión
Apoyo Clínico

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 23	

6 grupo Servicios Farmacéuticos
2 grupo Esterilización
1 grupo Hospitalización
1 grupo Gestión Integral al Paciente
Marzo: 77 ítems programados todos sin entregar:
8 grupo Servicios Farmacéuticos
52 grupo Esterilización
17 grupo Área Enfermería Oncológica

- ✖ 0% Riesgos materializados (30,77%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones: Durante el primer trimestre se materializaron 4 riesgos de 13 identificados:
1) Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante infecciones asociadas a la atención en salud
(2) Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas hacia prevención y atención de la caída del paciente durante el proceso de atención
(3) Inadecuado seguimiento a la gestión sobre la integridad de la piel del paciente
(4) Sobreocupación en el servicio de Gaica,

- ✖ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (17,5 días) Meta <= 15 días

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total indicadores 36
Avanzado 27 (81%)
Satisfactorio 1 (3%)
Insuficiente 5 (16%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 82%:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (27 días)
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
Observaciones: Se aplica 10% adicional sobre la meta (25*10%) nueva meta 27,5 resultado dentro de nueva meta
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (15,33 días)
Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (10%) Meta 10%
Observaciones: Actividades 10%, no tiene recursos asignados
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas (2,43) Mín.1 Est. 3 Máx. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos (0,5%) Mín.0% Est. 5% Máx.10%
- ✓ 100% Cancelaciones de cirugía programada (10,20%) Mín.0% Est. 5% Máx.12%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,21) Meta
Mín. 1.5 Est. 3.0 Máx. 4.5

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

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (42,93%) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,25%) Meta >=90%
- ✓ 100% Tasa de supervivencia para 5 patologías seleccionadas
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (48 días)
Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (49,16 días)
Mín.30 días Est. 45 días Máx.55 días
- ✓ 100% Cirugías de alta complejidad realizadas (línea base 13%)

- ✓ 100% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica (21%) Meta 10%
Observaciones: Apropiación \$ 365, Ejecutado \$119 Ejecución presupuestal 33%. actividades 10%

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,2 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (90 sesiones) Meta 60 sesiones
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (59,79%) Meta 20%
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (69,05%) Meta 35%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (93,33%) Meta 100%
- ✓ 90% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (9%) Meta 10%

- ✓ 88% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (88,46%) Meta 100%
Observaciones: 23 actividades ejecutadas de 26 programadas
actividades pendientes:
Línea apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: actividades lúdicas
Línea espacios y tecnología humanizada: ucis humanizadas
Línea soporte y cuidado paliativo: cuidados paliativos al final de la vida

- ✓ 86% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT (85,71%) Meta 100%
Observaciones:
Enero: no aplica
Febrero: 7 acciones programadas, 2 sin cerrar: 1 a cargo Grupo Salas de Cirugía Y Medicina Perioperatoria 1 a cargo de Grupo Salas de Cirugía y Unidades de Cuidado Intensivo
Marzo 1 programada y cerrada

- ✓ 85% Cirugía ambulatorias realizadas (35,89%) Mín. 37% Est. 39% Máx. 42%

- ✓ 82% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (81,50%) Meta 100%
Observaciones: enero 205 indicadores programados, 28 sin cargue
Febrero 220 indicadores programados, 44 sin cargue
Marzo 213 indicadores programados, 46,5 sin cargue

- ✓ 80% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (8%) Meta 10%
- ✓ 78% Pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (77,78%) Mín. 60% Est.75% Máx.100%

- ✓ 75% Fichas de: mieloma múltiple, linfoma cutáneo y fotoféresis (2 fichas) Meta 2
Observaciones: Ficha mieloma múltiple aprobada. Ficha linfoma cutáneo no tiene firma de aprobación de la Subdirección Médica

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

Satisfactorio

- 61% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (55,11%) Mín.75% Est. 80% Máx.90%

Insuficiente

- ✖ 51% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente (51,47%) Meta 100%
Observaciones: Enero no aplica
Febrero: 1 ítem programado y entregado
Marzo: 34 ítems programados, 33 sin integrar:
5 de Unidad Funcional Cabeza y Cuello
6 de Unidad Funcional Gastroenterología
3 de Unidad Funcional Dermatología
13 de Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria
6 de Grupo Área Oncología Radioterápica
- ✖ 50% Gestión del programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC – Mejorar supervivencias (5%) Meta 10%
Observaciones: Total apropiado: \$344, Ejecutado: \$ 0, Ejecución 0%. Actividades 10%
- ✖ 35% Pacientes con diagnóstico no confirmado de primera vez (3,48%) Meta 10%
- ✖ 30% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (7,5%) Meta 25%
- ✖ 20% Cumplimiento de la gestión del programa para la medición y seguimiento de la calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC (2%) Meta 10%
Observaciones: Total apropiado \$ 43, Ejecutado \$ 0, Actividades 4%.
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (34,67 días)
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (32,67 días)
Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✖ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (19 días) Meta <= 15 días

2.4 Docencia

Total, indicadores 10
Avanzado 10 (100%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%)
Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (6,67%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones: Enero: no se materializó riesgo
Febrero: No se materializó riesgo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 11 de 23	

Marzo: se materializó un riesgo de 4 identificados: Incremento en el tiempo de envío de las notas a las Universidades

- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3 días) Meta <= 5 días
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (97,69%)
- ✓ Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC (97,62%)
- ✓ Observaciones: Enero un indicador sin análisis: Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios

2.5 Investigación

Total indicadores 17

Avanzado 15 (88%)

Insuficiente 2 (12%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (27,54 días) Meta <=50 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (18,42 días) Meta <=45 días
- ✓ 100% Informe de resultado de percepción del comité de ética en investigación basado en la encuesta aplicada (informe realizado)
- ✓ 100% Capacitaciones técnico-científicas de los investigadores de la Red (1) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (10%) Meta 10%
- ✓ 100% Formato para construcción de Protocolos de Manejo Clínico entregado a la Subdirección de atención médica y docencia
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de investigación (21%) Meta 10%
Observaciones: Total apropiado \$3.785 Ejecutado \$803
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso INV (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 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%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,2 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 80% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación (8%) Meta 10%

Insuficiente

- ✗ 54% Cobertura de grupos de investigación socializados sobre cambios del Proceso de investigación (10,71%) Meta 20%
Observaciones: Capacitación a 3 grupos (GIBC, GASPI, y Cuidados Paliativos) de 28 grupos
- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (35,62 días) Meta <= 15 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 12 de 23	

2.6 Salud pública

Total indicadores 9

Avanzado 9 (100%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%:

Avanzado

- ✓ 100% Registros poblacionales creados y consolidados (1 consolidado y 1 implementado) Se implementó y consolidó Registro de Cáncer de base poblacional de Antioquia – Medellín
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública (19%) Meta 10%
Observaciones: Total apropiación: \$1.425 Ejecutado \$274
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso SPB (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 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% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (2,3 días) Meta <= 5 días
- ✓ 90% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública (9%) Meta 10%

3. PROCESOS DE APOYO

Observaciones generales POA Administrativos

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 19

Avanzado 16 (84%)

Satisfactorios 2 (11%)

Insuficientes 1 (5%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (24 días) Meta Mín. 50 días, Est. 55 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (24,5 días) Meta Mín. 50 días, Est. 55 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (Se cumplió con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (Se cumplió con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado (12,5 días) Meta 30 días posterior a la fecha de radicada la factura
- ✓ 100% Resolución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (1) Meta 1 resolución
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid) (4,1) Meta 1 Mín. 0,1, Est. 10, Máx. 15
- ✓ 100% Índice de severidad (sin COVID) (10,64) Meta Mín. 0.5, Est. 50, Máx. 100}
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Meta Min.0%, Est. 10%, Máx 20%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 23	

- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (0 días) Meta ≤ 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (12,3 días) Meta ≤ 15 días
 - ✓ 79% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH (79,41%) Meta 100%
- Observaciones: En enero no se tuvieron ítems
 En febrero se tenían 17 ítems definidos y se recibieron 10. 5 correspondían al grupo de Seguridad y salud en el trabajo (se recibieron 2) y los 12 restantes correspondían a GRUPO GEST DE PLANIF, REM Y REG DEL T HNO (se recibieron 8)
 En marzo se tenían definido 18 ítems y se recibieron todos

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas)
- 67% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (Cumple con 2 de las 3 fechas programadas)

Insuficiente

- ✗ 0 % Plan de incentivos para funcionarios de carrera y libre nombramiento y remoción (1) Meta 1 plan.
 Observaciones: No se cargó el documento en el formato institucional

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 30

Avanzado 29 (97%)

Insuficiente 1 (3)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%:

Avanzado

- ✓ 100% Satisfacción servicio de Alimentos a funcionarios, Estudiantes y Pacientes (95%)
 Min. 80%, Est. 90%, Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (99,3%)
 Min. 90%, Est. 90%, Máx. 95
- ✓ 100% Documentar actividad de PTAR (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Plan de señalización integral e inclusiva actualizado (1) Meta 1 plan
- ✓ 100% Áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC (25%) Meta 25%
- ✓ 100% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades (100%)
 Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (ejecución de presupuesto de 28,68%) Meta 10%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min. 0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (11%) Meta 10%
- ✓ 100% Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura equipos industriales y de apoyo (1) 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 14 de 23	

- ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%) Meta Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (4,23 días) Meta ≤ 7
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (se cargaron los 3 informes de forma debida) Meta 3 informes
- ✓ 100% Informe técnico de no viabilidad reutilización de agua tratadas por la PTAR para riego y sanitarios (1) Meta 1 informe
- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (12,3%) Meta 10%
- ✓ 100% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (17%) Meta 10%
- ✓ 100% Diagnostico reordenamiento de puestos de trabajo (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (4,27 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7,93 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99%)
Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (95,8 %)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones: Para el mes de enero se tenían programados 446 mantenimientos, se reprogramaron 69, se ejecutaron 376 y no contamos con soporte de 1 mantenimiento
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (94%) Meta 100%
Observaciones: Habían programados 27, con cargue y análisis oportuno 25.5.
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (93%) Meta 100%
Observaciones: se evaluaron 16 variables, de las cuales no le aplicaban para el periodo 1, por lo tanto, se evalúan los 15 restantes y con cumplimiento de 14 de estas lo que da como resultado 93.33%
- ✓ 91% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (91,5%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
Observaciones: En el mes de febrero se realizaron 86 capacitaciones de 94 capacitaciones programadas
- ✓ 86% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (85,8%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
Observaciones: El mantenimiento ejecutado para el mes de enero se ubicó en el 86,5%
En febrero, se ubicó en el 88,8%
En marzo, se ubicó en el 82,0%
- ✓ 81% Ejecución del plan de aseguramiento metrológico (80,8%) Meta 100%
Observaciones: enero de 2022 se ejecutaron 123 actividades de calibración de 156 programados y 11 actividades de calificación de 19 programadas
En febrero Se evidencia un porcentaje global de cumplimiento del 90,55%, se ejecuta un total de 278 actividades de metrología
En marzo se logró ejecución del 75,25%, se ejecuta un total de 76 actividades de metrología
- ✓ 78% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (77,5%) Meta 100%
Observaciones: Enero se registraron a tiempo 9 de 10 indicadores.
En febrero se registraron a tiempo 5.50 de 11 indicadores
En marzo se registraron a tiempo 18.50 de 20 indicadores

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

- ✓ 76% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (76%) Meta 100%
Observaciones: En enero no tenían
En febrero tenía 104 ítems definidos de los cuales entregaron 100 ítems
En marzo tenía 16 ítems definidos para entregar de los cuales entregaron 9 ítems

Insuficiente

- ✗ 0% acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (0%) Meta 100%
Observaciones: En enero no registraron acciones de mejora
En febrero se registra una (1) acción de mejora no cerrada oportunamente
En marzo se registran cuatro (4) acciones de mejora no cerradas oportunamente

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 12
Avanzado 12 (100%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%:

Avanzado

- ✓ 100% Cronograma de Trabajo Archivístico (1) Meta 1 cronograma
- ✓ 100% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (consentimiento informado) (100%) Meta 100 %
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA (1) Meta 1 boletín
- ✓ 100% Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel (1) Meta 1 plan
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100 %) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0 %) Meta Min.0%, Est. 10%, Máx. 20%
- ✓ 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%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (0 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (10,7 días) Meta <= 15 días

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 23
Avanzado 20 (87%)
Satisfactorio 2 (9%)
Insuficiente 1 (4%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (18,33 días)
Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (35,5 días)
Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días

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

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 100% Ejecución presupuestal (consolidado) (31,71% de la ejecución) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (36.9% de la ejecución) Meta 35%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: inversión (20,5% de la ejecución) Meta 5%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (0%) Meta Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (1,64 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Documento plan de austeridad y eficiencia (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Meta Min. 0%, Est. 10%, Máx. 10%
- ✓ 100% Oportunidad en la publicación del plan de adquisiciones (Se cumplió con la fecha) Meta 31/01/2020
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (33%) Meta 10%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (13,68%) Meta 10%
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (15,56 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 92% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (27.7% de la ejecución) Meta 30%
Observaciones: Para el año 2022 el INC. cuenta con una apropiación para Gastos de Funcionamiento por valor de \$122.625.440.110 con corte al primer trimestre de tuvo una ejecución presupuestal por valor \$33.935.498.578 alcanzando una ejecución del 27.7% frente a una meta del 30%.
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (91,7%) Meta 100%
Observaciones: enero 100%
Febrero se registraron 6 de 8 indicadores. Los indicadores que no registran análisis son los siguientes: Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización. Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa. Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública. Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar del Grupo Área de Gestión Contractual.
Marzo 100%
- ✓ 84% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (8,42%) Meta 10%
Observaciones: Para el I trimestre se adjudicaron 51 ítems y se debían adjudicar 60 ítems en el trimestre

Satisfactorio

- 72% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (7,24%) Meta 10%
- Observaciones: Para el I trimestre de 2022, se debían adjudicar 123 ítems de los cuales se adjudicaron 89 ítems
- 61% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y financiera (6,13%) Meta 10%
- Observaciones: Para el I trimestre se adjudicaron 27 ítems y se debían adjudicar 44 ítems

Insuficiente

- ✗ 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (50%) Meta 100%
Observaciones: Para el mes de enero una acción de mejora programada que no se cerró a cargo de grupo gestión suministros y almacén
Febrero 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 17 de 23	

3.5 Gestión contable

Total indicadores 14

Avanzado 12 (86%)

Insuficiente 2 (14%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1) Meta 1 análisis
- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades (1) Meta 1 reporte
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3) Meta 1 informe mensual
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web (3) Meta 3 estados financieros publicados
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100 %) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Meta Mín. 0%, Est. 10%, Máx. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (0,3 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 100% Reporte de Supersalud con el cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente (1) Meta 1 reporte
- ✓ 100% Informe de seguimiento al pago por parte de las universidades por contraprestación (3) Meta 3 informes
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (94,4%) Meta
- ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (77,5%) Meta 100%

Insuficiente

- ✗ 14% Cumplimiento de prestaciones costeadas (2,78 %) Meta 20%
Observaciones: Prestaciones costeadas 9 de 324 en total
- ✗ 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (0%) Meta 100%
- ✗ Observaciones: enero: no tenía acciones de mejora para cierre
- ✗ Febrero: no tenía acciones de mejora para cierre
- ✗ Marzo: Dos acciones de mejora programadas sin cerrar

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 26

Avanzado 25 (95%)

Insuficiente 1 (4%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (112%) Mín. 90%, Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (114%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 23	

- ✓ 100% Depuración la cartera (2019-2022) (9,45%) Meta 6,25%
- ✓ 100% Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (2,23 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Conciliación de glosa (181%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,39%) Meta <=3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (1,76 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Documento plan de ventas institucional aprobado (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Ejecución del plan de mercadeo (25%) Meta 25%
- ✓ 100% Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos (1) Meta 1 documento
- ✓ 100% Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (1) Meta 1
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (25%) Meta 25%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Meta Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 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% Estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (8,8 días) Meta <= 15 días
- ✓ 93% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (92,7%)
- ✓ Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
- ✓ 91% Autorizaciones obtenidas (82,24%) Meta >=90%
- ✓ 75% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (18,8%) Meta 25 %

Insuficiente

- ✗ 9% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (9%) Meta 100%
Observaciones: En enero 2022 se ubicó en el 14% de respuesta dentro de los términos normativos
En febrero 2022 se ubicó en el 8% de respuesta dentro de los términos normativos.
En marzo se ubicó en el 6% de respuesta dentro de los términos normativos.

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 11
Avanzado 10 (91%)
Insuficiente 1 (9%)

Para el primer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (31%) Meta 25%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral (33,5%) Meta 10%
- ✓ 100% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (34%) Meta 10%
- ✓ 100% Riesgos materializados (6,25%)
Min.0%, Est. 10%, Máx. 20%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (100%) Meta 100%

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

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (2,7 días) Meta <= 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (6,8 días) Meta <= 15 días
 - ✓ 94% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (93,75) Meta 100%
 - ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (88,9%) Meta 100%
- Observaciones: programados 9 con cargue y análisis oportuno 8
- ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (85,7%) Meta 100%
 - ✓ Observaciones: Enero: cumplimiento del 100%
 - ✓ Febrero: cumplimiento de 57.14%, se registraron a tiempo 4 de 7 indicadores. Los indicadores que no cuentan con dato ni análisis son los siguientes: * E-Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24) * Porcentaje de disponibilidad en canales de comunicación para recepción de solicitudes de tratamiento de datos personales en digital* Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información. De igual manera cabe resaltar que se realizó registro extemporáneo en los análisis sin embargo se debe cumplir con los tiempos institucionales establecidos.

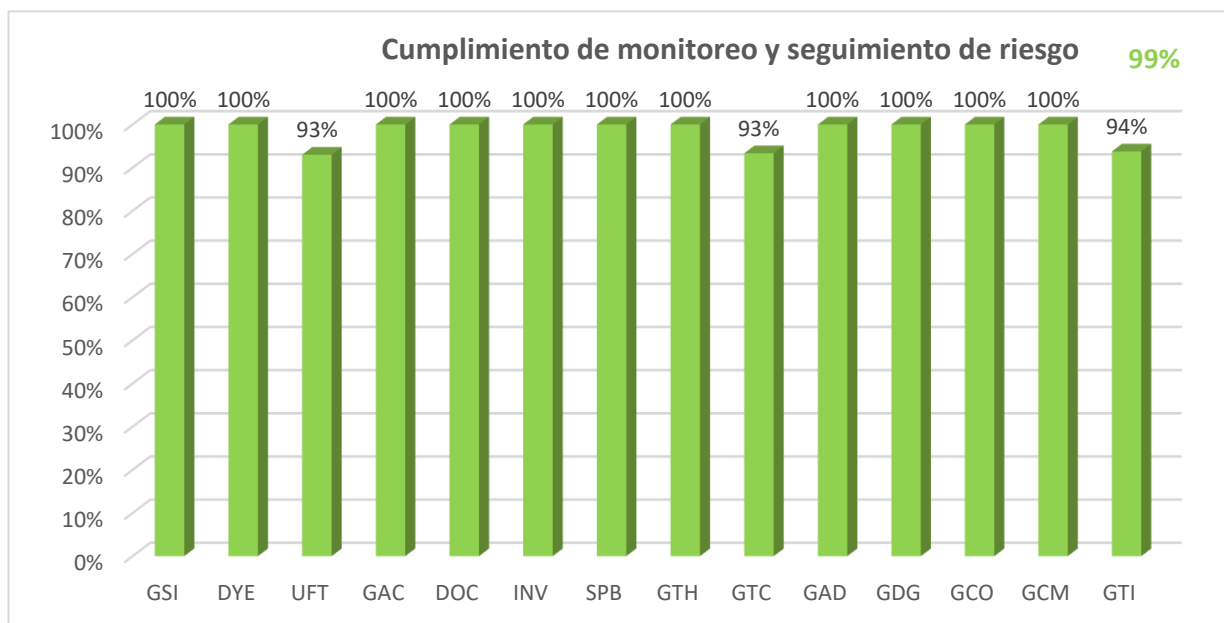
Insuficiente

- ✗ 52% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (52,4%) Meta 100%
- Observaciones: Enero: na
Febrero: 19 estudios previos por entregar. 2 sin entrega oportuna (1 por parte grupo gestión de aplicaciones y 1 grupo soporte redes y hardware)
Marzo: 13 estudios previos por entregar. 11 sin entrega oportuna por parte grupo gestión de aplicaciones

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

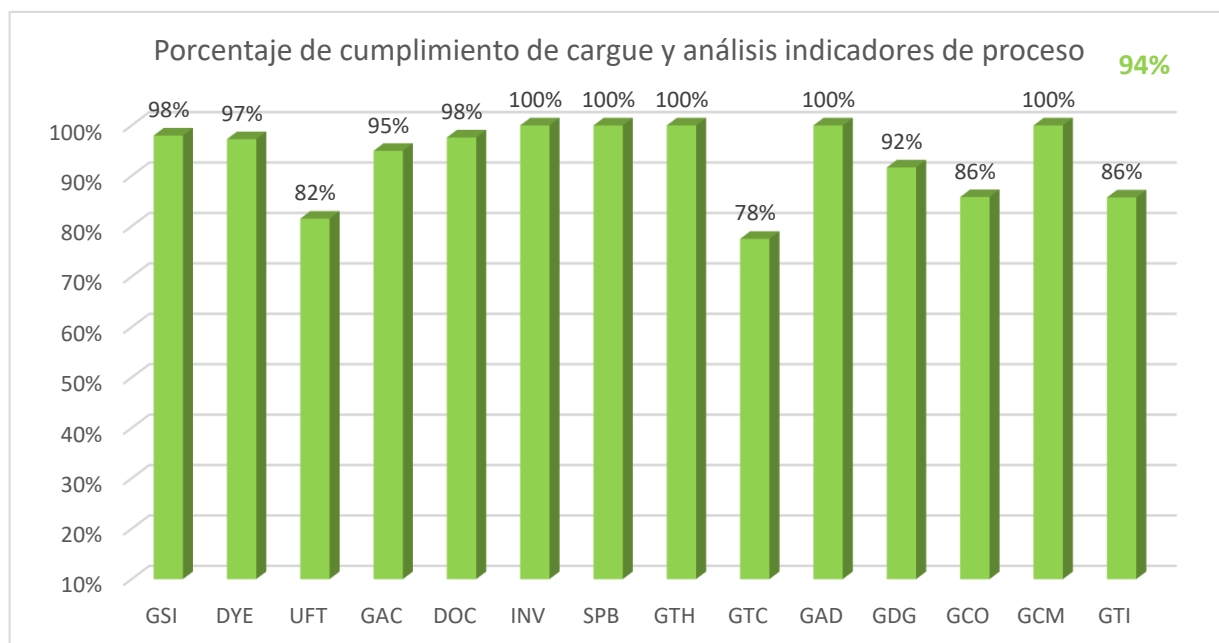
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el primer trimestre 2022:

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

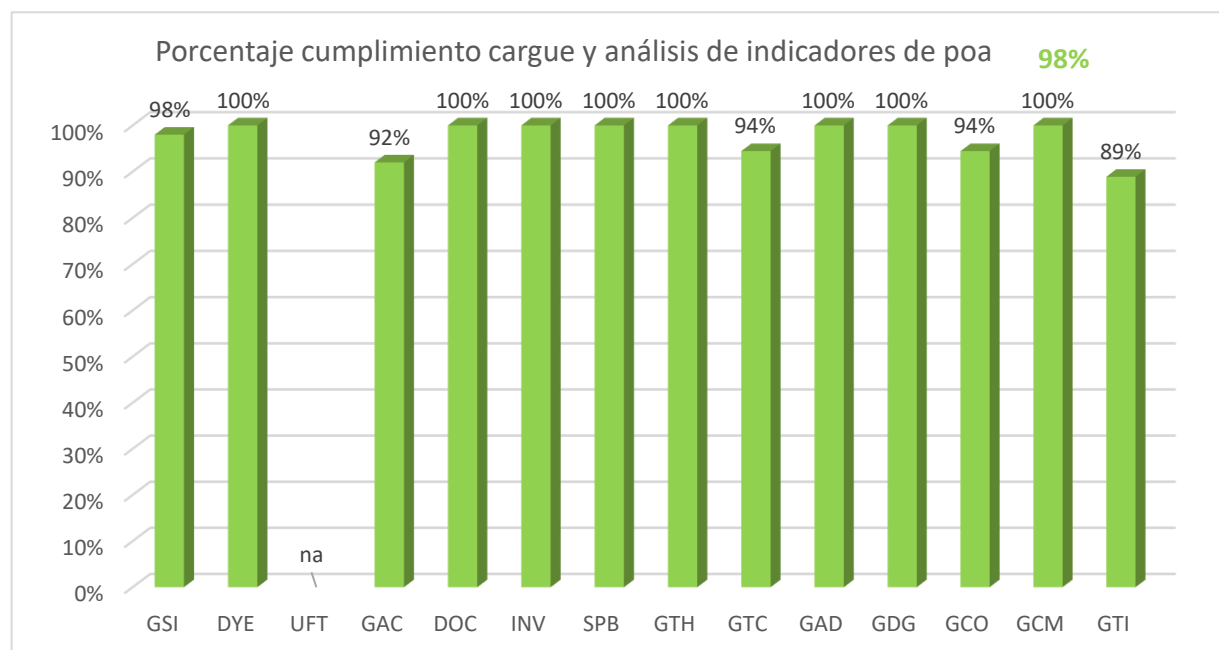


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 20 de 23	

4.2 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

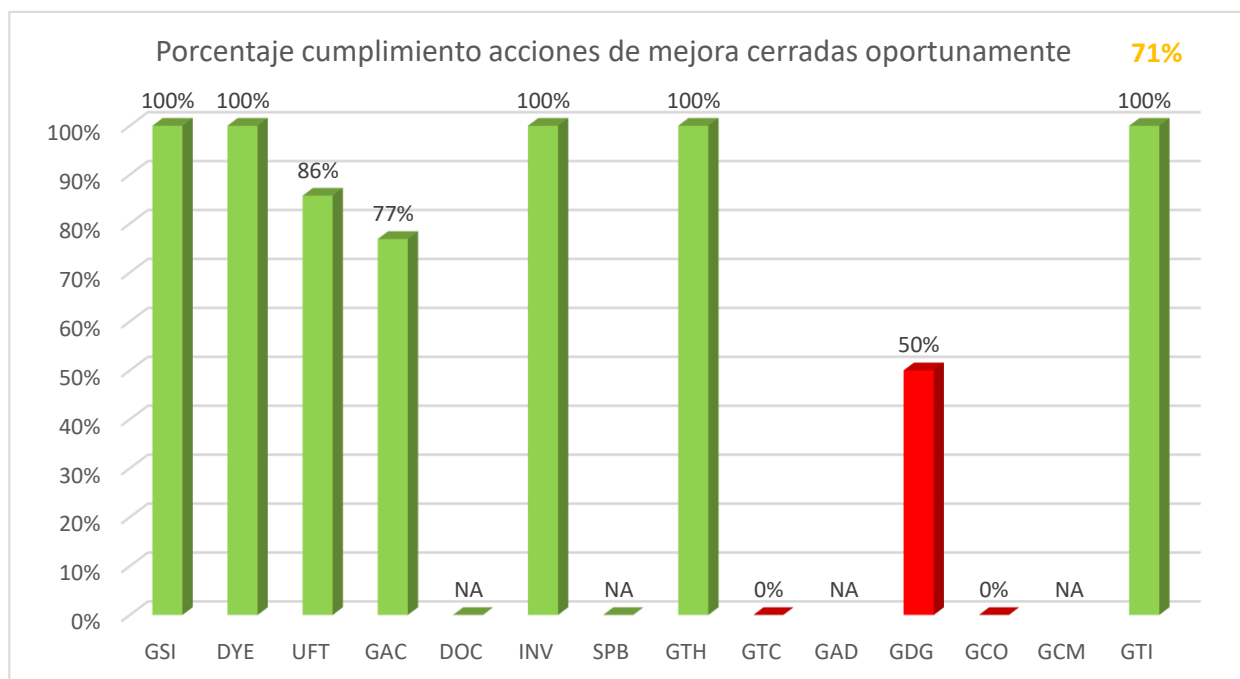


4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores POA.

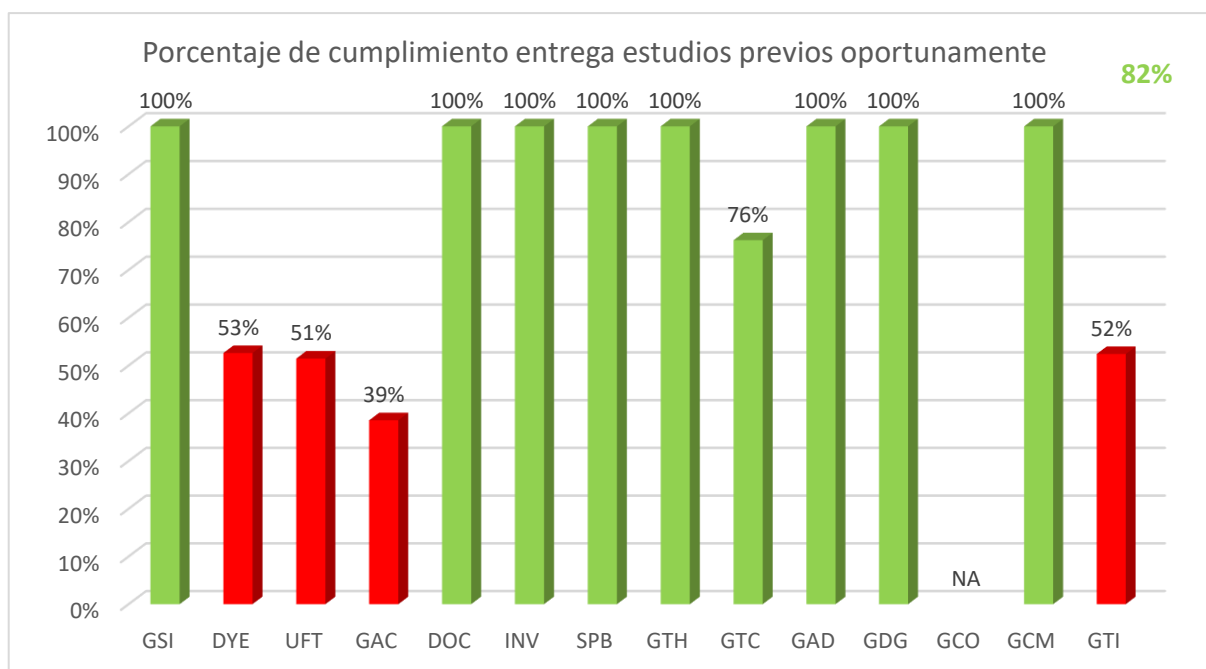


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 23	

4.4 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente

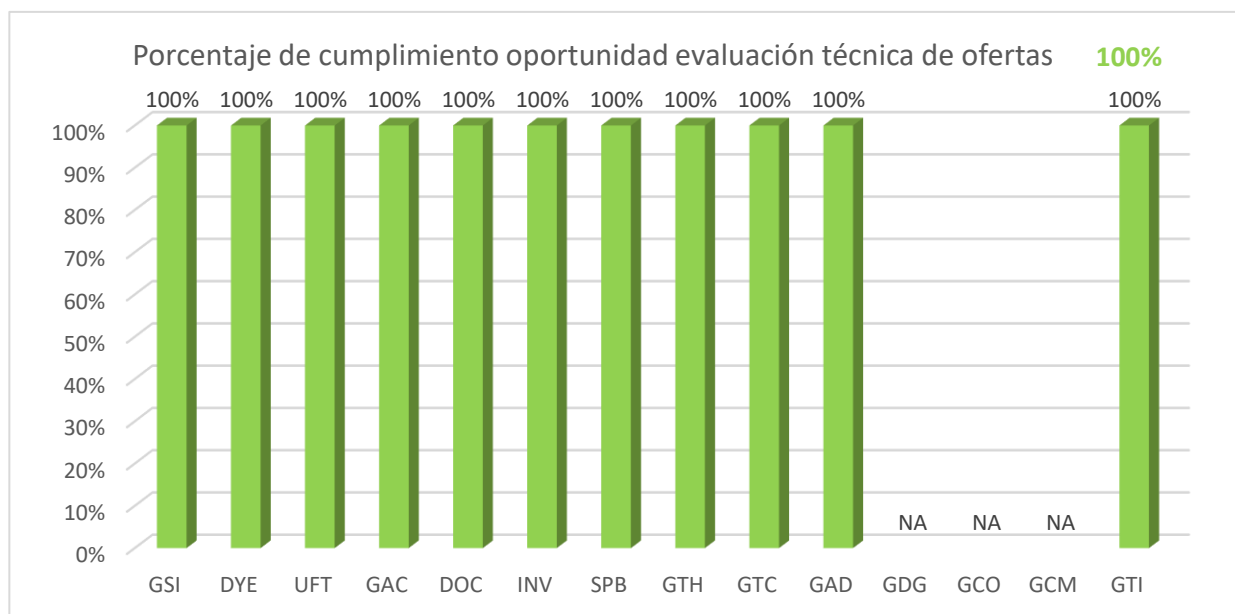


4.5 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

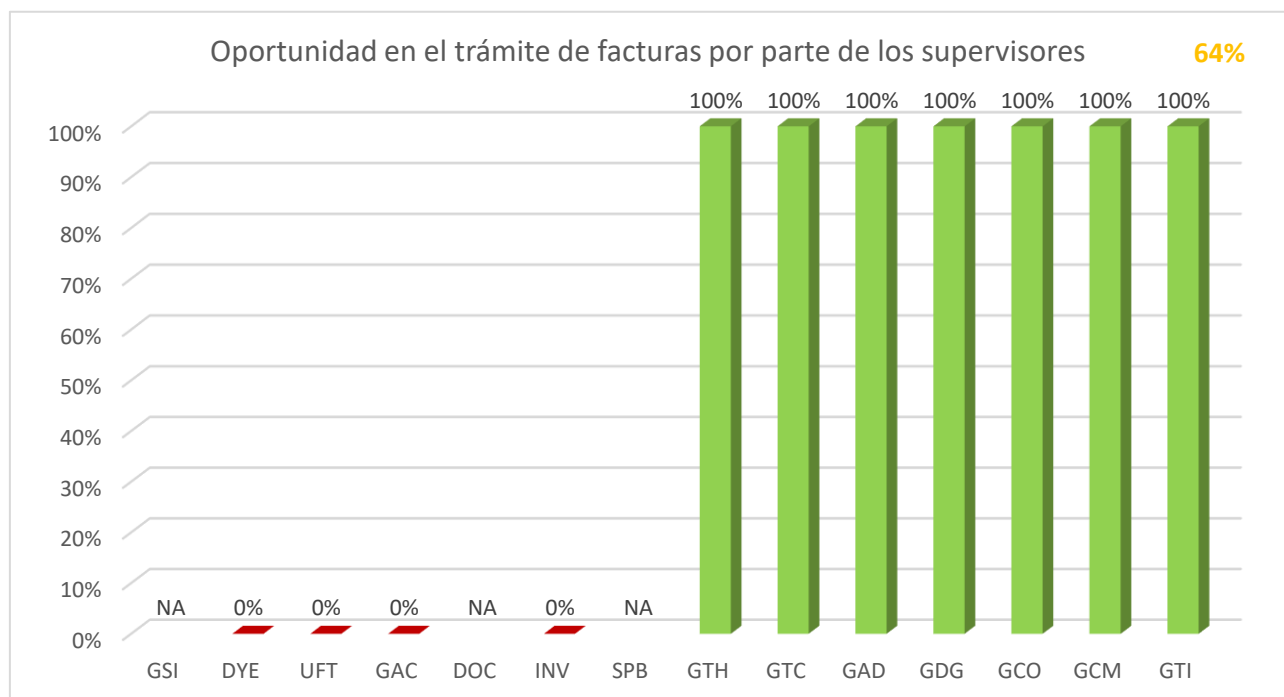


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 22 de 23	

4.6 Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas



4.7 Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores



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

CONCLUSIONES

Principales actividades que impactaron en el cumplimiento del POA durante el I trimestre fueron:

- × Entrega de estudios previos
- × Trámite de facturas por parte de supervisores

Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Corrales Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Revisado por Dairys Yulieth Barrios Bonilla Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Aprobado por Adriana Patricia Hernández Baquero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	

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

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	29-10-2020	Fecha:	31-10-2020	Fecha:	31-10-2020

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