

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

Fecha del Informe:	16/08/2022
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual II trimestre 2022 v2
Proceso:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional – GSI
Objetivo:	Direccionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
1. METODOLOGÍA.....	1
2. RESULTADOS.....	2
DESARROLLO DEL INFORME	3
CONCLUSIONES.....	24

RESUMEN

El Plan Operativo Anual es un componente fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de las estrategias de la institución, buscando mediante un proceso participativo, determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022; la esencia de este proceso es que día a día se identifique las debilidades para convertirlas en fortalezas y mejoramiento continuo, para fortalecer el crecimiento institucional.

Es un Instrumento que apoya el proceso de planificación del Instituto articulando las acciones de la entidad a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales.

1. METODOLOGÍA

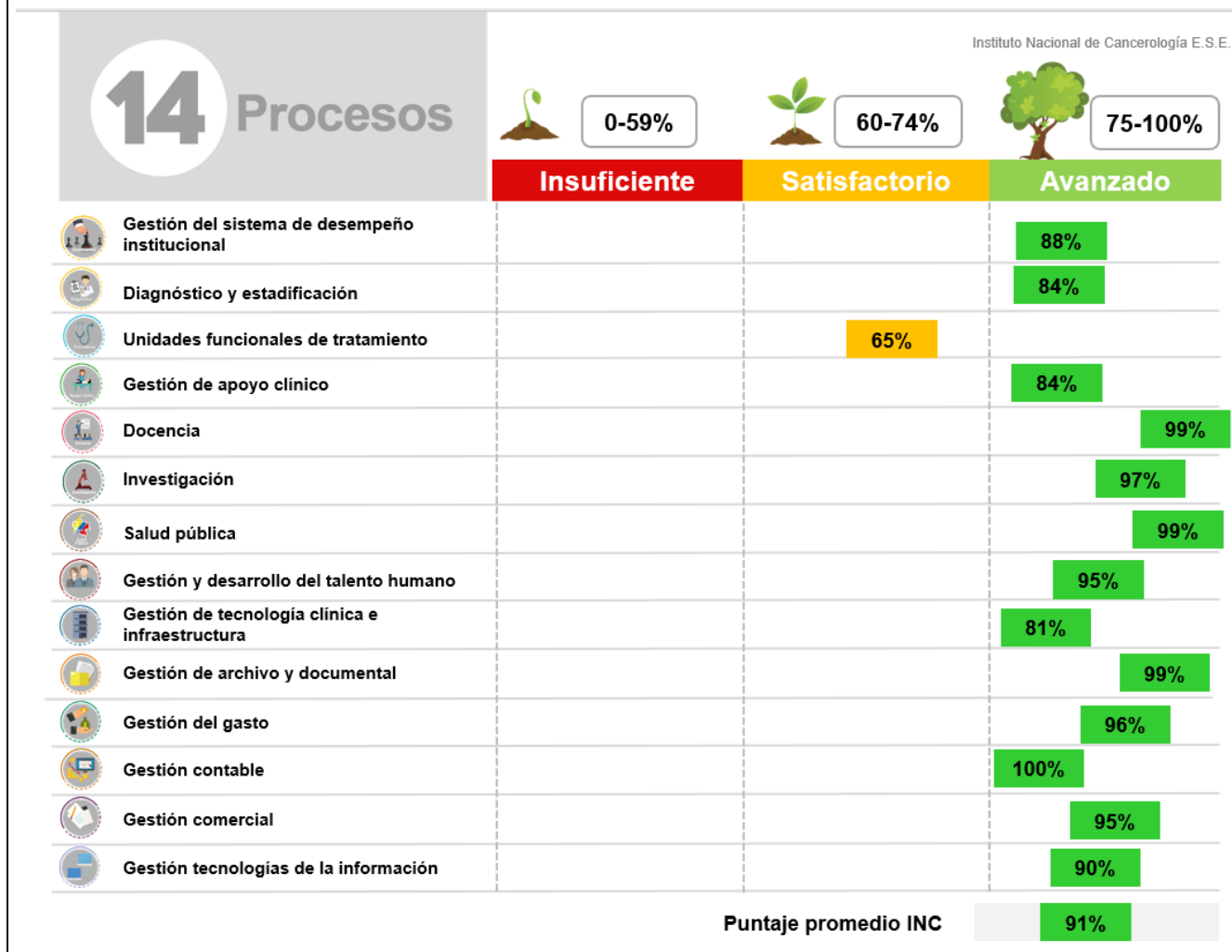
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Análisis cuantitativo del resultado programado vs lo ejecutado de los compromisos, registrados por los responsables de cada indicador y líder del proceso.
- El valor a evaluar corresponde al 100% del trimestre, donde se promedia los resultados.
- Se verifica la oportunidad en el cargue y análisis de los resultados en el aplicativo SIAPINC IV por cada POA.
- Se tiene en cuenta el cumplimiento de los compromisos transversales.
- Se consolida el análisis de los resultados en el formato en Excel de programación y seguimiento del POA, dejando evidencia de los resultados registrados en el SIAPINCIV.
- Los indicadores con umbral rangos de gestión el seguimiento y evaluación se realizó sobre el límite máximo del indicador.
- Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA:

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

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

2. RESULTADOS II TRIMESTRE 2022



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 91% en los planes operativos anuales; estando 13 procesos con cumplimiento avanzado y 1 proceso cumplimiento satisfactorio

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

Para el II trimestre 2022 se evaluaron un total de 318 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 278 (87%)
Satisfactorio 8 (3%)
Insuficientes 32 (10%)

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 30

Avanzado 26 (86%)
Satisfactorio 2 (7%)
Insuficiente 2 (7%)

Para el segundo trimestre de 2022 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Avanzado

- ✓ 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% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (100%). Mín. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Proporción de riesgos tratados en el INC (100%). Mín. 70%, Est. 80%, Max. 100%
- ✓ 100% Seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales (100%)
Mín 80% , Est. 90% , Max.. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (1) Meta 1
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,36%) Meta >= 90%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (0%). Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente (100%) Meta 100
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas Proceso GSI (6 días) Meta <= 5 días
Observación: Oportunidad en la evaluación técnica. Se aplica 10% adicional sobre la meta, resultado está dentro de rangos.
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso GSI (3 días) Meta<= 15 días
- ✓ 100% Participar en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL) para el control de cáncer
- ✓ 99% Cumplimiento del plan de responsabilidad social (98,82%) Mín. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 98% Cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (97,62%)
Mín. 80%, Est. 90% Max. 100%
- ✓ 97% Uso de canales de comunicación (97,43%) Mín. 80%, Est. 90% Max. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (96%) Meta 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (94%) Meta 100%

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

- ✓ 93% Satisfacción de los usuarios pacientes (92,68%) Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 90% Cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022 (vigencia 2021) (90%)
Min. 80%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 89% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad acumulado (73%) Meta 82%
Observaciones: 16 pisos señalizados de 22 programados
- ✓ 84% Cumplimiento del plan de comunicaciones (83,85%) Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 83% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (83,33%) Meta 100%
Observaciones: Abril: No tiene acciones de mejora para cierre
Mayo: Dos acciones de mejora programadas y cerradas
Junio: 3 acciones de mejora programadas, 1 sin cierre oportuno a cargo de Subdirección Administrativa y Financiera
- ✓ 83% Página web institucional mejorada (actualización y funcionalidad)

Satisfactorio

- 73% Cumplimiento de la gestión de proyectos (29%) Meta 40%
Observaciones: 5 macroproyectos: Ejecutado \$ 13.849 / \$ 71.068 apropiado: 19% ejecución presupuestal, 39% actividades
- 68% Cierre de acciones de mejora de acreditación (68,18%) (15 acciones cerradas /22)
Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
Observaciones: Pendientes por cerrar 7.
 1. Realizar una referenciación en el 2021 para comparar el proceso de gerencia de la información institucional con una institución acreditada. Responsable: Francisco Andres Avendaño Acevedo
 2. Fortalecer la participación más oportuna del Servicio de Odontología Oncológica mediante acuerdos de servicio con aquellas UFT que tienen mayor riesgo de complicaciones a nivel de cavidad oral. Responsable: Enrique Cadena Piñeros
 3. Fortalecer estrategias que permitan sensibilizar y aumentar el reporte espontáneo por parte de los colaboradores de los servicios en la identificación de infecciones y su análisis. (página 88 ICONTEC). Responsable: Cielo de Jesús Almenares Campo
 4. Definir indicador de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos en comodato o apoyo tecnológico. Responsable: Andrea Lisset Perez Salamanca
 5. Actualizar y socializar el GTC-P06-M-02 - MANUAL PARA LA SEGURIDAD DEL INC. responsable: Janneth Hasbeldy Salazar Virquez
 6. Crear formato de inspección diaria a las calderas. Responsable: Carlos Julio Velandia Castillo
 7. Crear indicador de oportunidad de tiempo de respuesta de los contratistas. Indicador que se generó apenas de identifico el hallazgo. Responsable: Carlos Julio Velandia Castillo

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (3,73 días) Meta 1 día
Observaciones: 8 ofertas enviadas para evaluación

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Cumplimiento del plan de humanización

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

2. PROCESOS MISIONALES

Observaciones generales POA Asistenciales

- Mejorar la gestión de los proyectos.
- Indicadores sin cargue.
- Mejorar entrega estudios previos
- Mejora en el trámite de facturas por parte de los supervisores

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 19

Avanzado 16 (84%)

Insuficiente 3 (16%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,96%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear (49%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado: \$ 310, total ejecutado: \$180, ejecución presupuestal 58%. Ejecución actividades 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer (40%) Meta 40%
Observaciones: % ejecución presupuestal NA, Ejecución actividades 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (40%) Meta 40%
Observaciones: % ejecución presupuestal NA, Ejecución actividades 40%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (19,67 días)
Mín. 15 días, Est. 20 días, Max. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (5 días) Mín. 5 días, Est. 7 días, Max. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (10,58 minutos)
Mín. 5 min, Est. 15 min, Max. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (4,28 días) Mín. 3 días, Est. 8 días, Max. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (1,38 días)
Mín. 2 días, Est. 5 días, Max. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (2,6 días) Mín. 1 días, Est. 3 días, Max. 5 días
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (4,2 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (96,65%) 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 6 de 25	

- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (94%) Meta 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Oportunidad en la toma del PET. (38,55 días). Mín. 5 días Est. 10 días Max. 15 días
- ✗ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (21,23 días) Meta <= 15 días
Observaciones: 98 facturas para trámite

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Cumplimiento del plan de humanización de acuerdo con las actividades que apliquen al proceso DYE

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 27

Avanzado 23 (85%)

Insuficientes 4 (15%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%, A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado. (37,51). Min. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC. (1,92). Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo con la clasificación normativa del Triage II (22 minutos) Mín. 20 min, Est. 30 min, Max. 45 min
- ✓ 100% Actualizar el modelo del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP) al año 2022 (Manual de CEGIP V1 publicado en siapinc GAC-P18-M-01)
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (26,24horas)
Mín. 48 horas, Est. 60 horas Max. 72 horas
- ✓ 100% Aceptación de pacientes referidos (52,18%) Mín. 39%, Est. 44%, Max. 59%
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (100%) Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (14,67 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Max. 25 días
- ✓ 100% Acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo (100%) Meta 90%
- ✓ 100% Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería (99,59%) Meta 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (99,39%) Meta 90%
- ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso (96,65%) Meta 85%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria (57%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado \$234, Total ejecutado \$ 171, ejecución presupuestal 73%. Ejecución actividades 40%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (4,87%) Mín. 4, Est. 6, Max. 8
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,37 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (15 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Registro del dolor en la historia Clínica (88,68%) Meta 90%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (96,63%) Meta 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (95,24%) 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 7 de 25	

- ✓ 94% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (93,97%) Meta 100%
- ✓ 93% Satisfacción del usuario (92,68%) Mín. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 93% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (83,76%) Meta 90%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,33%) Meta 100%

Insuficiente

- ✗ 0% Riesgos materializados (28,20%) Min.0% Est. 10% Max. 20%
Observaciones: 4 riesgos materializados
Sobreocupación GAICA
Caídas: Tasa 4,4
Infecciones: índice global de ISQ 3,13
Úlceras por presión 3 pacientes con Lesiones en Grado III
- ✗ 0% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente (0%) Meta 100%
Observaciones: Mayo. 1 estudio previo programado el cual no fue entregado oportunamente a cargo de Grupo Banco de Sangre

No registra dato ni análisis

- ✗ 0% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales
- ✗ 0% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 39
Avanzado 23 (59%)
Satisfactorio 3 (8%)
Insuficiente 13 (33%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 65%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (1,92) Meta
Mín. 1.5 Est. 3.0 Max. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (37,51%) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,96%) Meta >=90%
- ✓ 100% Tasa de supervivencia para 5 patologías seleccionadas
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (44 días)
Mín. 30 días, Est. 45 días, Max. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (24,33 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Max. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (14,67 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Max. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (26,67 días)
Mín. 10 días, Est.20 días, Max. 25 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (100%) Meta 40%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada (5,76%) Mín.0%, Est. 5%, Max.12%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 25	

- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (42,93 días)
Mín.30 días, Est. 45 días, Max.55 días
- ✓ 100% Gestión del programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC – Mejorar supervivencias (57%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado \$ 344, Total ejecutado \$ 253, ejecución 73%. Ejecución actividades 40%
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (109) Meta 60
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (6 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas (1,93%) Mín.1, Est. 3, Max. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos (0,33% promedio de abril y mayo ya que no registra dato ni análisis junio) Mín.0%, Est. 5%, Max.10%
- ✓ 100% Cirugías de alta complejidad realizadas (12,53 promedio línea base I semestre) Meta línea
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (93,33%) Meta 100%
- ✓ 88% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (35%) Meta 40%
Observaciones: 35% ejecución actividades. El proyecto no cuenta con recursos de inversión
- ✓ 83% Cirugía ambulatorias realizadas (34,98%) Mín. 37%, Est. 39%, Max. 42%
- ✓ 81% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (80,85%)
Mín. 60%, Est.75%, Max.100%
- ✓ 80% Cumplimiento de la gestión del programa para la medición y seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC (32%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado \$ 43, Total ejecutado \$ 16, ejecución presupuestal. Ejecución actividades 27%
- ✓ 78% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (78,46%) Meta 100%

Satisfactorio

- 74% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (74%) Meta 100%
Observaciones: 28 indicadores total
Abril: 6 indicadores sin análisis
Mayo: 1 indicador sin dato ni análisis y 3 indicadores sin análisis.
Junio: 12 indicadores sin dato ni análisis y 6 indicadores sin análisis
- 70% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (63,37%) Mín.75%, Est. 80%, Max.90%
- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT (66,66%) Meta 100%
Abril: no tenía acciones de mejora programadas
Mayo: 4 acciones de mejora programadas y cerradas
Junio: 3 acciones de mejora programadas, 1 cerrada. Acciones pendientes a cargo de grupo área soporte oncológico y unidad funcional de cabeza y cuello

Insuficiente

- ✗ 55%Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC (22%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado: \$ 990 Meta 40%: \$396 Ejecutado 14%: \$139. Ejecución actividades 30%

	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 25	

- ✖ 40% Fichas de: leucemias agudas y mieloides crónicas
Observaciones: Se elaboró la ficha de leucemias agudas y se presentó en comité científico en el mes de agosto 2022 cuando el compromiso era en abril
- ✖ 35% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (14%) Meta 40%
Observaciones: 14% ejecución de actividades
- ✖ 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) sin diagnóstico (33 días)
Mín. 10 días, Est. 20 días, Max. 25 días
- ✖ 0% Estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente (0%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 13 estudios previos programados para entrega, no se entregó ninguno: 1 unidades médicas, 1 UACAI, 10 unidad funcional cabeza y cuello, 1 grupo área oncología radioterápica.
Mayo: 2 estudios previos programados para entrega no fueron entregados a cargo de grupo área oncología radioterápica.
Junio no tenía estudios previos programados para entregar
- ✖ 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (21 días) Meta ≤ 15 días
Observaciones: 8 facturas para trámite

No registra dato ni análisis

- ✖ 0% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes
- ✖ 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
- ✖ 0% Riesgos materializados proceso UFT

2.4 Docencia

Total, indicadores 17
Avanzado 17 (100%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC (83) Meta 50
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%)
Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación (97,51%) Meta 80%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con clasificación docente (62,57%) Meta 50%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (5,56%) Min. 0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso DOC (100%) Meta 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 10 de 25	

- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (5 días) Meta <= 5 días
Observaciones: 1 oferta para evaluación técnica
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (3.67 días) Meta <= 15 días
Observaciones: 3 facturas para trámite
- ✓ 98% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (98,22%) Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (97,34%)
Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 97% Ejecución del plan de bienestar para el personal en formación (87,18%) Meta >=90%
- ✓ 94% Docentes del INC con reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES) (56,21%) Meta 60%

2.5 Investigación

Total, indicadores 21
Avanzado 21 (100%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura de grupos de investigación socializados sobre cambios del Proceso de investigación (75%) Meta 40%
- ✓ 100% Implementación del proceso de investigación rediseñado (1 reunión) Meta 1
- ✓ 100% Informe de seguimiento a los indicadores de la Política de Investigación.
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (28,17 días) Meta <=50 días
- ✓ 100% Informe de referenciación por parte del comité de ética en investigaciones
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (20,21 días) Meta <=45 días
- ✓ 100% Capacitaciones técnico-científicas de los investigadores de la Red (capacitación realizada el 27 mayo)
- ✓ 100% Resolución de modificación del BNTTF (Resolución 0214 de 2022)
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (48%) Meta 40%
- ✓ 100% Política de protección de la propiedad intelectual INC (Resolución 0281 de 2022)
- ✓ 100% Informe de despliegue de la Política de protección de la propiedad intelectual INC
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso INV (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (4,42 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (13,41 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV (98,28%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación
- ✓ 93% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV (92,80%) Meta 100%
Observaciones: mayo 7 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar a cargo de Grupo Investigación

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

Clínica y Epidemiológica del cáncer

- ✓ 83% Ejecución del macroproyecto de investigación (33%) Meta 40%
Observaciones: total apropiado \$ 3,785, Total ejecutado \$ 1,237
- ✓ 75% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (75%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 3 ítems programados y entregados
Mayo: 115 ítems programados y entregados
Junio: 4 ítems programados, 3 sin entregar. 2 a cargo de Grupo Área de Investigaciones y 1 a cargo de Grupo Investigación Epidemiológica del Cáncer

2.6 Salud pública

Total indicadores 15
Avanzado 15 (100%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas por año (3) Meta
Observaciones:
Asistencia técnica proyecto " Unidad de oncología de la sociedad médica clínica de Maicao S.A. 03 y 04 de febrero 2022.
Asistencia técnica implementación modelo UFCA (Unidad Funcional para la Atención Integral del Cáncer) en la clínica oncológica Aurora- Pasto. 08 abril 2022.
Asistencia técnica y convenio INC - Sociedad médica Clínica Maicao. componentes cursos virtuales
- ✓ 100% Informe de los trabajos realizados en supervivencia de los registros poblacionales de Barranquilla y Pasto (Informe registro poblacional de cáncer Pasto)
- ✓ 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
Observaciones:
En el día mundial contra el cáncer: " juntos por el control del cáncer en Colombia".
Documento con los aportes de participación en la Mesa Intersectorial para el Control del Tabaco: espacio gubernamental que lidera la Cancillería
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa (2) Meta 2
Observaciones:
Documento técnico para la acción de influencia sobre Proyecto de Ley 223 de 2021 Cámara "Por medio del cual se crea un marco legal para el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones [Consumo de sustancias psicoactivas]".
- ✓ Documento técnico para la acción de influencia sobre Proyecto de Ley 306 de 2021 Cámara-367 2022 Senado "Por medio del cual se transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología, se define su objeto, funciones, estructura y régimen legal"
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación (2 acciones de réplica) Meta 1
Observaciones:

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

Replica a Réplica a la noticia del 18 a 24 de marzo de 2022, titulada: "El cáncer de cuello uterino, amenaza fatal". Juan Guillermo Herrera Morales. Director Periódico del Meta.

Réplica a la noticia del 29 de marzo de 2022, titulada: "Síntomas y signos del cáncer colorrectal". Editora El Nuevo Día.

- ✓ 100% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública (51,23%) Meta 40%
Observaciones: Total apropiado \$ 1,425 Total ejecutado \$ 730
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso SPB (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (2,66 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (4 días) Meta <= 15 días
- ✓ 88% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública (35%) Meta 40%

3. PROCESOS DE APOYO

Observaciones generales POA Administrativos

- Mejorar la gestión de proyectos
- Mejorar el cierre de acciones de mejora

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 32
Avanzado 29 (91%)
Satisfactorios 1 (3%)
Insuficientes 2 (6%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (23,39 días) Meta Mín. 50 días, Est. 55 días, Max. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (43,28 días) Meta Mín. 50 días, Est. 55 días, Max. 60 días
- ✓ 100% Convocatorias desiertas (16,9%) Meta <=15% (Se aplica 10% adicional sobre la meta resultado dentro de nueva meta)
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (se cumple con las 3 fechas)
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (se cumple con las 3 fechas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (se cumple con las 3 fechas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) (se cumple con las 3 fechas)

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

- ✓ 100% Oportunidad en la entrega de facturas de empresas externalizadas a financiera (se cumple con las 3 fechas)
 - ✓ 100% Reunión de priorización de necesidades de las capacitaciones con la dirección general (1) Meta 1
 - ✓ 100% Resolución y programa de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales (Resolución 0270 de 2022)
 - ✓ 100% Porcentaje de capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post ó informe) (100%) Meta >=95%
 - ✓ 100% Rotación del personal (6,45) Mín. 5, Est. 10, Max. 15
 - ✓ 100% Resolución del programa de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa (Resolución 0271 de 2022)
 - ✓ 100% Ejecución de actividades del programa de bienestar (39,47%) Meta 30%
 - ✓ 100% Informe de seguimiento al plan de trabajo SGSST revisado y aprobado (1 informe) Meta 1
 - ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid) (5,05) Mín. 0,1, Est. 10, Max. 15
 - ✓ 100% Índice de severidad (sin covid) (11,87) Mín. 0.5, Est. 50, Max. 100
 - ✓ 100% Implementación de la estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC (85,71%) Meta 50%
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Porcentaje de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas (100%) Meta >=80%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,72 días) Meta <= 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (11,64 días) Meta <= 15 días
 - ✓ 98% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (97,59%) Meta 100%
 - ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (96,36%) Meta 100%
 - ✓ 87% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH (86,66%) Meta 100%
- Observaciones: mayo 5 acciones de mejora programadas para cierre, 2 sin cerrar: 1 a cargo de Grupo Gestión de Bienestar y Capacitación, y 1 a cargo de Grupo Ciclo de Vida Laboral

Satisfactorio

- 63% Ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (19%) Meta 30%
- Observaciones: 16 capacitaciones ejecutadas / 85 programadas para la vigencia

Insuficiente

- ✗ 47% Ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (14,21%) Meta 30%
- Observaciones: Total apropiación \$ 426,000,000. Ejecutado \$ 60,550,127
- ✗ 41% Ejecución presupuestal del programa de bienestar (12,26%) Meta 30%
- Observaciones: Total apropiado \$ 519,000,000. Total ejecutado \$ 63,605,235

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 27
 Avanzado 21 (78%)
 Satisfactorio 1 (4%)
 Insuficiente 5 (18%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 81%. A

	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 25	

continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades (100%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 100% Diagnostico integral de habilitación en los estándares que apliquen (1 informe) Meta 1
 - ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (100%) Mín. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (6,8 días) Meta <= 7 días
 - ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
 - ✓ 100% Informe diagnóstico de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas (1 informe) Meta 1
 - ✓ 100% Satisfacción servicio de Alimentos a funcionarios, Estudiantes y Pacientes (98,04%)
Min. 80%, Est. 90%, Max. 95%
 - ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (99,52%) Min. 90%, Est. 90%, Max. 95%
 - ✓ 100% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99,61%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 100% Áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC (50%) Meta 50%
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (15 días) Meta <= 15 días
 - ✓ 100% Riesgos materializados (0% promedio de los meses de abril y mayo ya que no registra dato ni ni análisis de junio) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
 - ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (98,62%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 99% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (98,61%)
Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
 - ✓ 93% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (37%) Meta 40%
 - ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (92,31%) Meta 100%
 - ✓ 88% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (35%) Meta 40%
 - ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (85,79%) Meta 100%
 - ✓ 84% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos
 - ✓ 83% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (83,09%) Meta 100%
 - ✓ 79% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (79,34%) Mín. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- Observaciones: Abril: 563 solicitudes realizadas de 706 solicitudes recibidas
Mayo: 572 solicitudes realizadas de 754 solicitudes recibidas
Junio: 520 solicitudes realizadas de 631 solicitudes recibidas
Mantenimientos no realizados dado que actualmente los nuevos contratos de ferretería, mobiliario, cortinas, Tv, cerrajería, vidrios, entre otros, se están legalizando

Satisfactorio

- 71% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica
Observaciones: Total apropiado \$28.290
Meta al II trimestre 40%: \$ 11.316
Ejecución (28.24%): \$ 7.988

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 25	

Insuficiente

- ✖ 45% Ejecución del plan de aseguramiento metrológico (45,11%) Meta 100%
Observaciones: no se contaba con la cobertura del contrato 295-2021, el contrato de calificación 2021-290 finalizo en mayo no ha sido legalizado)
- ✖ 36% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (36,27%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 85 ítems programados, 35 sin entregar:
-14 a cargo grupo área gestión tecnología clínica e infraestructura
-21 a cargo grupo gestión de mantenimiento
Mayo: 4 ítems programados, 3 sin entregar a cargo grupo área gestión tecnología clínica e infraestructura
Junio: 4 ítems programados, 3 sin entregar:
-2 a cargo grupo área gestión tecnología clínica e infraestructura
-1 a cargo grupo gestión de mantenimiento
- ✖ 25% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC
Observaciones: Total apropiado \$27.312
Meta al II trimestre 40%: \$ 10,925
Ejecución (10%): \$ 7.988
- ✖ 17% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (16,66%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 2 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar a cargo de Grupo Área Gestión Tecnología Clínica e Infraestructura
Mayo: 1 acción de mejora programada sin cerrar a cargo de Grupo Gestión de Tecnología Clínica
Junio: 7 acciones de mejora programadas sin cerrar.
-3 a cargo de Grupo Gestión de Tecnología Clínica
-2 a cargo de Grupo Gestión de Mantenimiento
-1 a cargo de Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero
-1 a cargo de Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica E Infraestructura
- ✖ 0% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (10,18 días) Meta <= 5 días
Observaciones: 38 ofertas para evaluación

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 13
Avanzado 13 (100%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Publicación video sobre política Gestión Documental (1 video) Meta 1
- ✓ 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 (2 boletines) Meta 2
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Max. 20%

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

- ✓ 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7 días) Meta <= 15 días
- ✓ 88% Avance del cronograma de trabajo Archivístico (87,50%) Meta 100%

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 24

Avanzado 23 (96%)

Insuficiente 1 (4%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (56,84%) Meta 50%
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Min. 0%, Est. 10%, Max. 10%
- ✓ 100% Ingresos por fuentes alternas gestionadas (1,79%) Meta 1%
- ✓ 100% Informe de recursos recibidos y utilizados contraprestación con universidades (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (48,18%) Meta 30%
- ✓ Observaciones: 570 ítems adjudicados de 1183 ítem del plan
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (64,71%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (46,45%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (60,20%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (43,98%) Meta 30%
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (21,85 días) Min. 15 días, Est. 20 días, Max. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (45,54 días) Min. 30 días, Est. 40 días, Max. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (49,16 días) Min. 40 días, Est. 50 días, Max. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (57,04 días) Min. 50 días, Est. 60 días, Max. 70 días
- ✓ 100% Ejecución presupuestal (consolidado) (52,10%) Meta 47%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (57,29%) Meta 55%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (58,71%) Meta 50%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: inversión (19,49%) Meta 10%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (1,63 días) Meta <= 15 días

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

Insuficiente

- ✖ 0% Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas (3,7 días) Meta 1 día
Observaciones: 6 ofertas para evaluar

3.5 Gestión contable

Total indicadores 16

Avanzado 16 (100%)

Para el segundo trimestre de 2021, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 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% Cumplimiento de prestaciones costeadas (55,25%) Meta 50%
Observaciones: 179 prestaciones costeadas de 324
- ✓ 100% Utilidad neta del INC año 2021 (16,18%) Meta $\geq 8\%$
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Reporte periódico a docencia de información de ingresos, costos y gastos (reporte elaborado y enviado a Docencia)
- ✓ 100% Informe de seguimiento al pago por parte de las universidades por contraprestación (2 informes) Meta 2
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web (estados financieros publicados a abril)
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Dictamen de revisoría fiscal (dictamen sin salvedades)
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (1 día) Meta ≤ 15 días

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 25

Avanzado 24 (96%)

Insuficiente 1 (4%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

	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 25	

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (102,25%) Mín. 90%, Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Documento plan integral de cartera actualizado
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (103,75%) Mín. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (60%) Meta 30%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (1,78 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Conciliación de glosa (234%) Meta ≥ 80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,64%) Meta ≤ 3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (1,82 días) Meta ≤ 5 días

- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (51,09%) Meta 50%
Observaciones: Ventas realizadas \$163.042.834.627 de proyección de ventas \$ 319.158.000.000

- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (50%)
Meta 50%
Observaciones: Para el segundo trimestre 50 actividades ejecutadas (acumuladas) de 100 programadas para la vigencia

- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Max. 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 (7,5 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 97% Autorizaciones obtenidas (87,13%) Meta ≥ 90%
- ✓ 95% Satisfacción de las aseguradoras (90,48%) Meta Mín. 90%, Est. 92%, Max. 95%
- ✓ 93% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (93%) Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 88% Ejecución del plan de mercadeo (43,75%) Meta 50%
Observaciones: Para el segundo trimestre 35 actividades ejecutadas (acumuladas) de 80 programadas para la vigencia. Actividades pendientes:
 1. Ofertar nuevos modelos contratación PGP y GRD.
 2. Realizar eventos dirigidos a las ERP.
 3. Difundir mejoramiento de hotelería
 4. Ejecutar plan de competencias y transferencia del conocimiento
 5. Reuniones y articulación grupo de comunicaciones y publicidad

- ✓ 88% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (43,75%) Meta 50%
Observaciones: Para el segundo trimestre 7 actividades ejecutadas (acumuladas) de 16 programadas para la vigencia

- ✓ 79% Depuración la cartera (2019-2022) (9,9%) Meta 12,25%

Insuficiente

- ✗ 29% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (28,91%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 8% glosa respondida \$ 303,492,192 / Valor objeción \$ 3,932,543,909
Mayo: 40% glosa respondida \$ 4,837,168,467 / Valor objeción \$ 12,074,065,622

	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 25	

Junio: 39% glosa respondida \$ 2,210,068,918 / Valor objeción \$ 5,672,357,835

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 13
 Avanzado 11 (84%)
 Satisfactorio 1 (8%)
 Insuficiente 1 (8%)

Para el segundo trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Implementación del proyecto de redes (Nuevos Switches) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (53%) Meta 50%
Observaciones: 48.23 actividades ejecutadas de 91 actividades para la vigencia
- ✓ 100% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (46%) Meta 40%
- ✓ 100% Riesgos materializados (6,25%) Min.0%, Est. 10%, Max. 20%
- ✓ 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%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (10,47 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,89 días) Meta <= 5 días
Observaciones: 32 ofertas a evaluar
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (93%) Meta 100%
- ✓ 88% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo con el cronograma (44,06%) Meta 50%
Observaciones: 14.10 actividades ejecutadas de 22 actividades para la vigencia

Satisfactorio

- 62% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral
Observaciones: Total apropiado \$1,075
Meta al II trimestre 40%: \$ 430
Ejecución (24.74%): \$ 266

Insuficiente

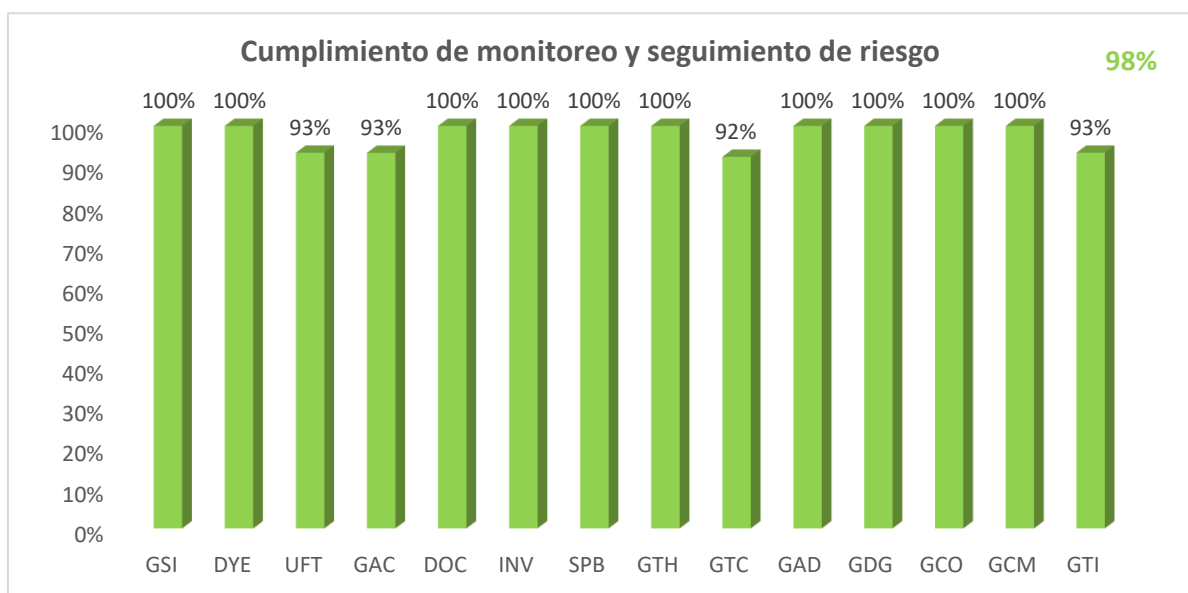
- ✗ 25% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (25%) Meta 100%
Observaciones: Abril: 14 ítems programados, 7 sin entregar a cargo de: (2 Grupo Gestión de Aplicaciones y 5 Grupo Soporte Redes y Hardware)
Mayo: no tenía ítems programados para entrega
Junio. 2 ítems programados sin entregar a cargo de Grupo Soporte Redes y Hardware

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

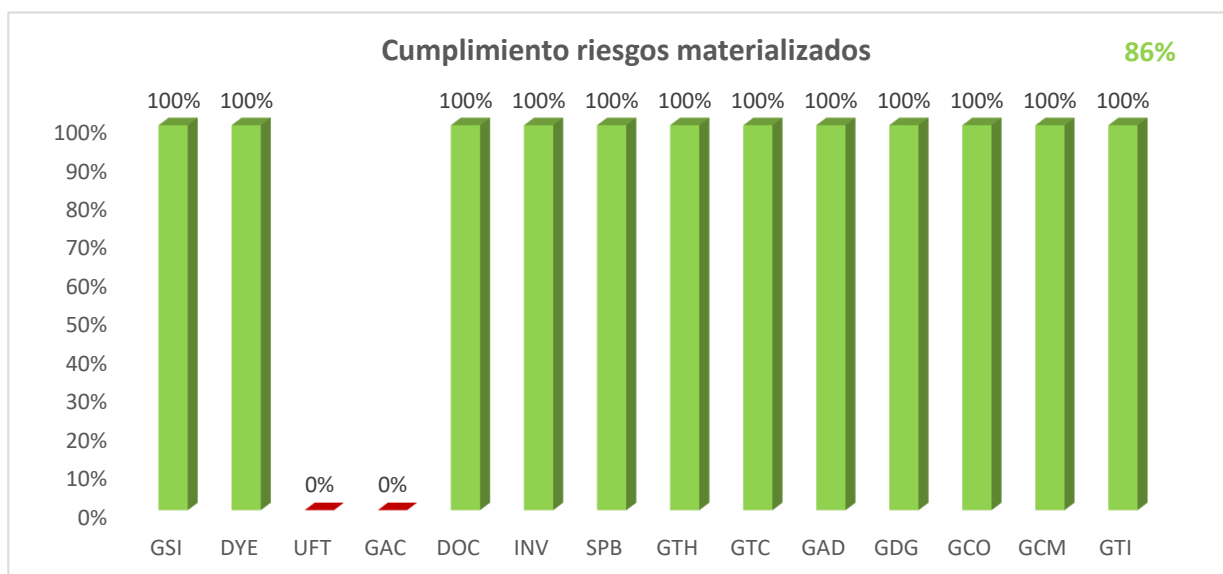
4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el segundo trimestre 2022:

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos



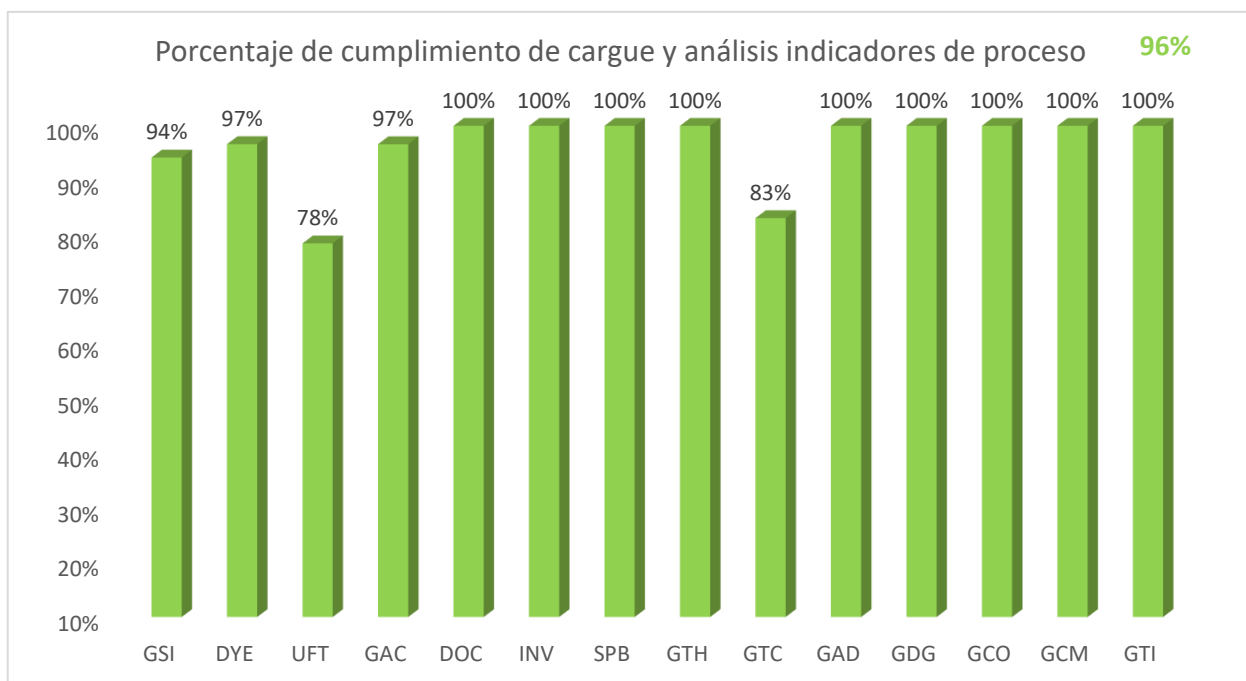
4.2 Porcentaje de riesgos materializados



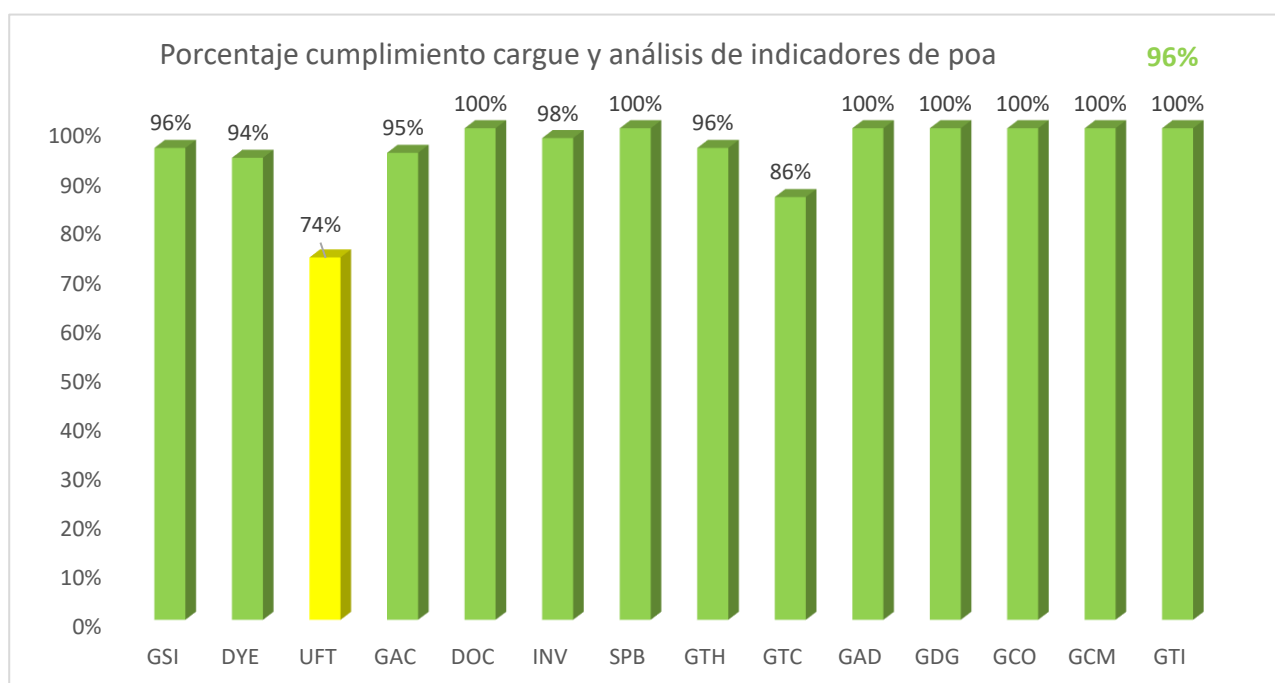
* Proceso UFT 0% por no cargue del indicador

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

4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

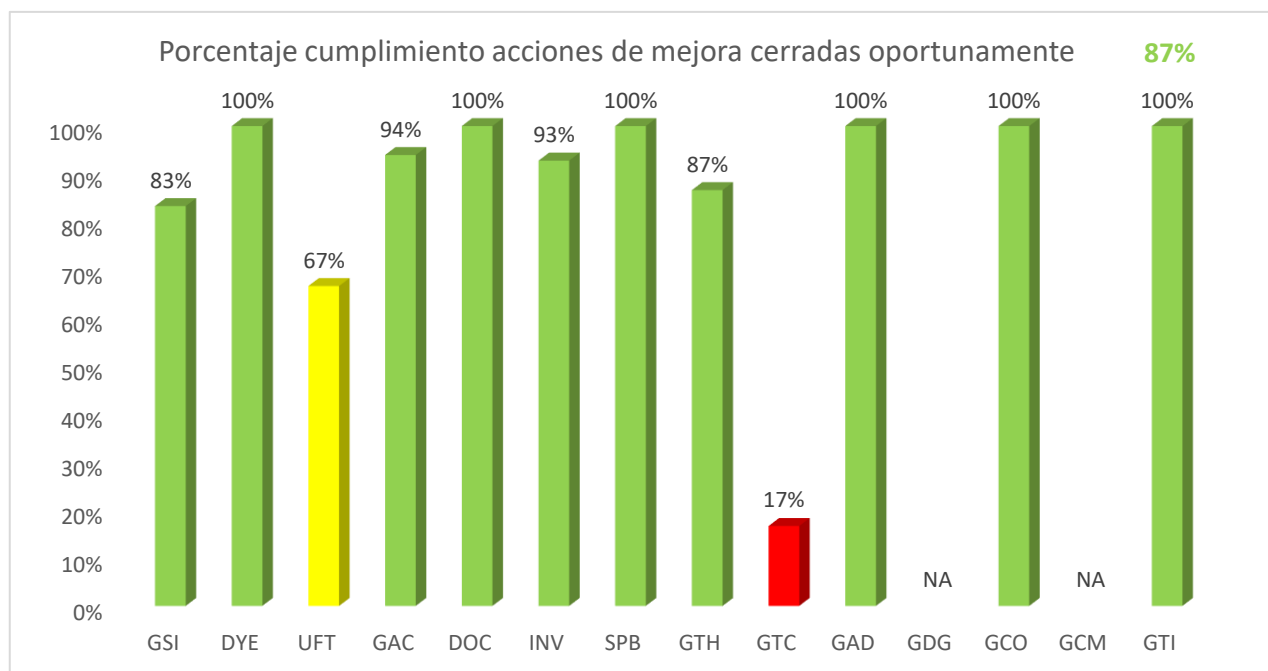


4.4 Oportunidad carga y análisis indicadores POA.

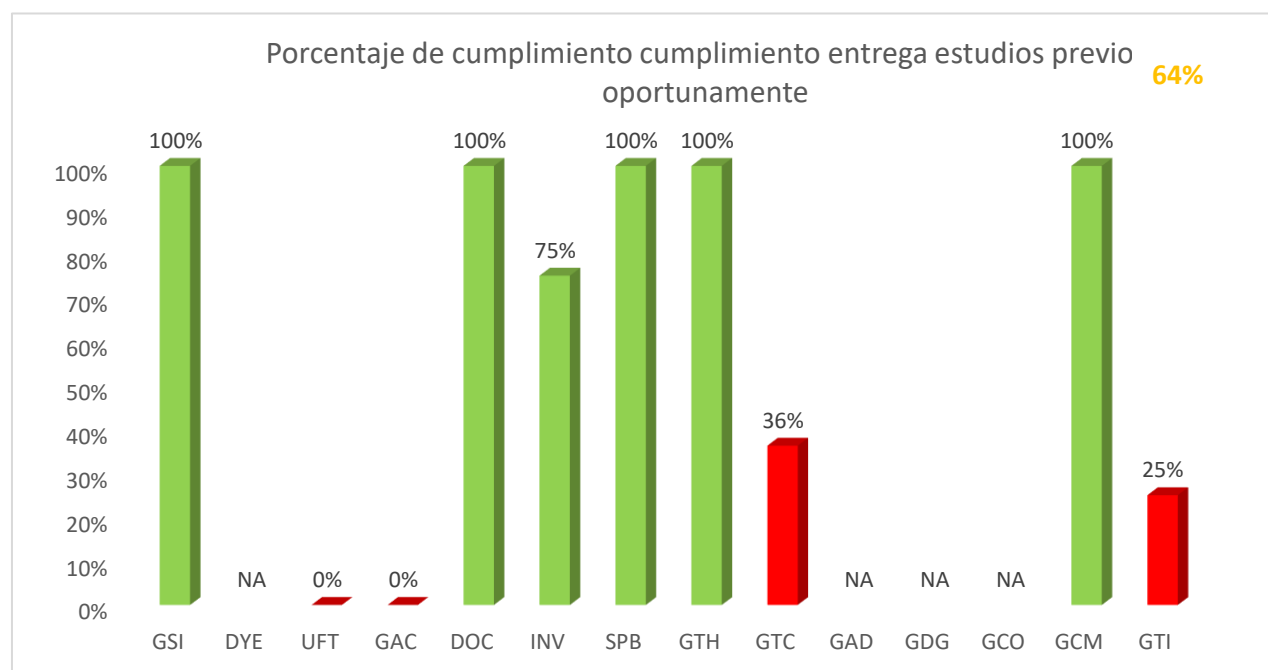


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 22 de 25			

4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente

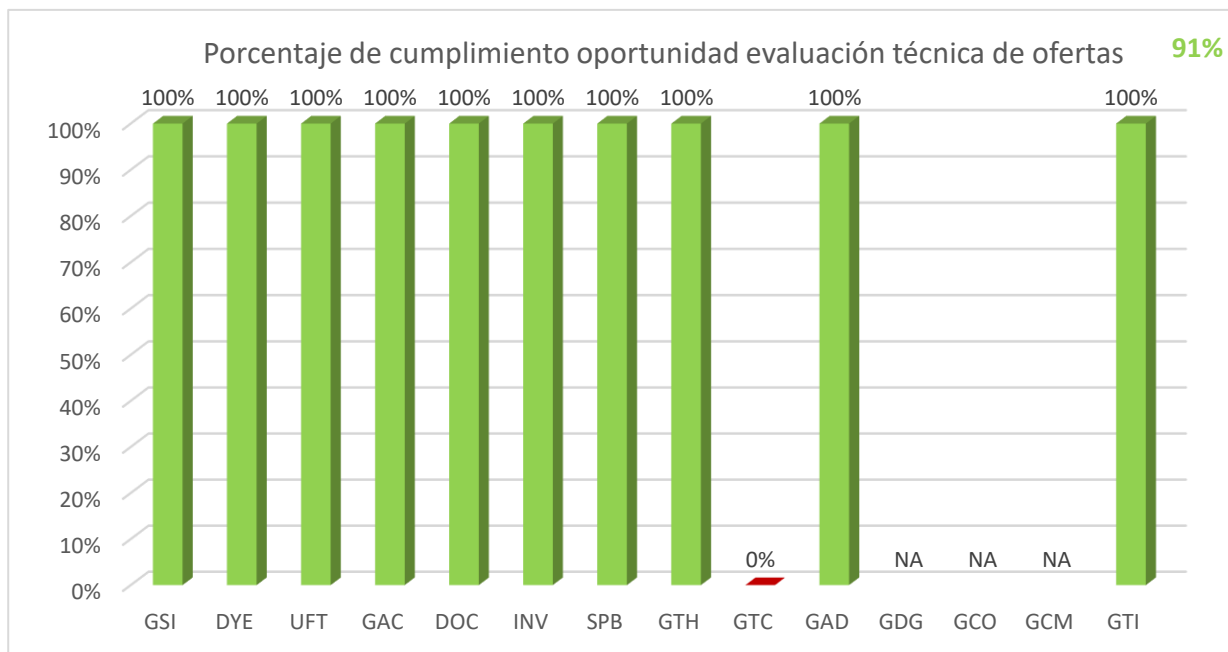


4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

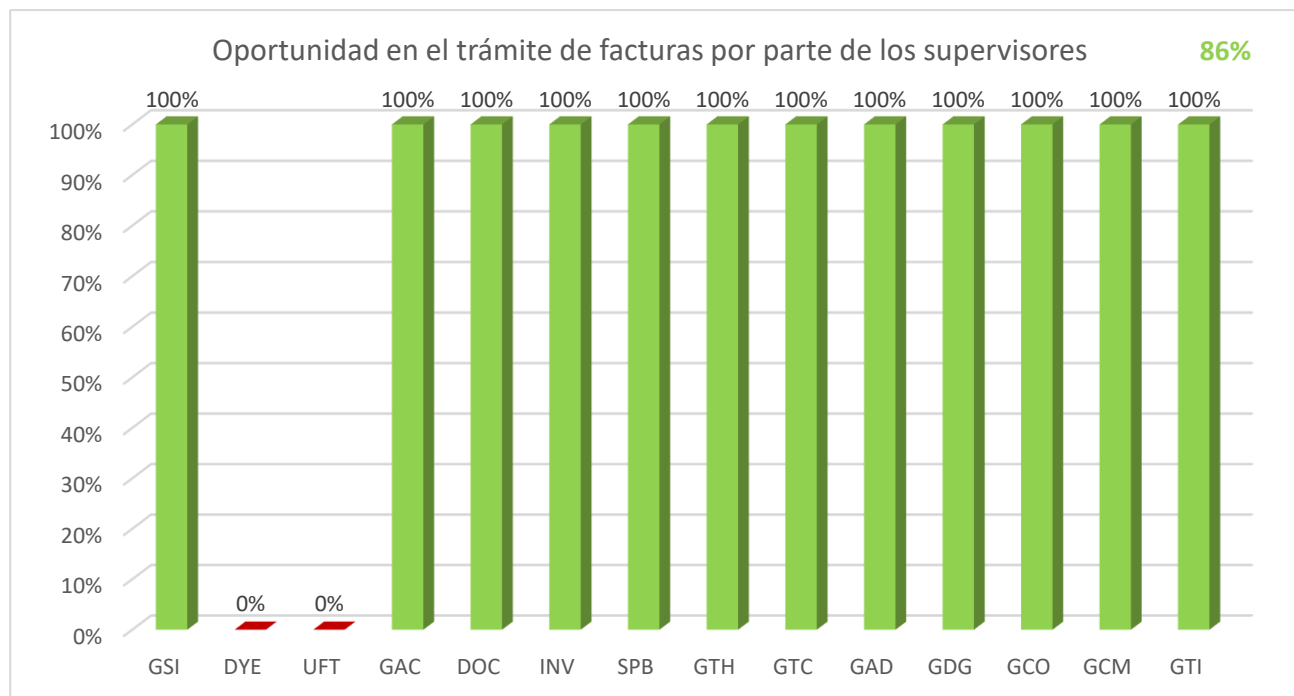


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 23 de 25	

4.7 Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas



4.8 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 24 de 25			

CONCLUSIONES

El promedio del cumplimiento del POA para el II trimestre 2022 fue del 91%; de los cuales 13 procesos obtuvieron cumplimiento avanzado y 1 proceso cumplimiento satisfactorio.

Principales actividades que quedaron con resultados insuficientes y que requieren mejorar para lograr su cumplimiento total son:

- × Entrega de estudios previos
- × Trámite de facturas por parte de supervisores
- × Indicadores sin cargue
- × Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión
- × Cierre de acciones de mejora

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

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

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