

	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 24			

Fecha del Informe:	09/11/2022
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III 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 24			

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 III TRIMESTRE 2022

Instituto Nacional de Cancerología ESE



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 90% en los planes operativos anuales; estando 13 procesos con cumplimiento avanzado y 1 proceso cumplimiento satisfactorio

Para el III trimestre 2022 se evaluaron un total de 310 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 266 (86%)
Satisfactorio 15 (5%)
Insuficientes 29 (9%)

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 3 de 24	

DESARROLLO DEL INFORME

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Total, indicadores 32

Avanzado 26 (81%)

Satisfactorio 4 (13%)

Insuficiente 2 (6%)

Para el tercer trimestre de 2022 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 86%:

Avanzado

- ✓ 100% Informe seguimiento proyecto 306 (1) Meta 1
 - ✓ 100% Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG). (91,70%) Meta $\geq 85\%$
 - ✓ 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% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) (89,10%) Meta $\geq 80\%$
 - ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Ejecución del plan de cooperación (50%) Meta 30%
 - ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (ficha actualizada con corte septiembre) Meta 1
 - ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,67%) Meta $\geq 90\%$
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas Proceso GSI (6 días) Meta ≤ 5 días (se aplica 10% adicional sobre la meta)
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso GSI (4,3 días) Meta ≤ 15 días
 - ✓ 96% Satisfacción de los usuarios pacientes (95,74%) Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
 - ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (94,42%) Meta 100%
 - ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (94%) Meta 100%
 - ✓ 92% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI (92,39%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 91% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI (91,38%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 91% Nivel de conocimiento de los planes priorizados (90,9%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
 - ✓ 86% Cumplimiento del plan de comunicaciones (86%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 - ✓ 85% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad acumulado (77,27%) Meta 91%
- Observaciones: Edificios señalizados
Edificio C Hospitalización: 3 Pisos
Edificio D Patología: 4 pisos

	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 24	

Edificio E consulta externa: 3 pisos
 Edificio F Medicina Nuclear 4 pisos
 Edificio B: Radioterapia: 3 pisos
Pendiente:
 Edificio C Hospitalización: 3 Pisos
 Edificio E consulta externa: 2 pisos

- ✓ 85% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales (84,68%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
- ✓ 82% Página web institucional mejorada (actualización y funcionalidad)
- ✓ 80% Proporción de riesgos tratados en el INC (80%) Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 100%
 Observaciones: Riesgos tratados: 5 riesgos programados para cerrar., 1 sin cierre: ejecución de capacitación (en modalidad Virtual y presencial) en estrategias preventivas frente al uso equipos biomédicos priorizados catalogados como equipos de mayor riesgos en la institución
- ✓ 78% Cierre de acciones de mejora de acreditación (77,55%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
 Observaciones :
 49 acciones de mejora de acreditación, pendiente por cerrar 11:
 1. Realizar actualización del estudio de cargas Responsable: Adriana Patricia Hernandez Baquero
 2. Fortalecer conocimiento de EL desafío del paciente oncológico en la salud bucal en funcionarios. Responsable: Enrique Cadena Piñeros
 3. Fortalecer conocimiento de EL desafío del paciente oncológico en la salud bucal en pacientes y cuidadores. Responsable: Enrique Cadena Piñeros
 4. Socialización política de Atención. Responsable: Lina María Trujillo Sanchez
 5. Hacer un diagnóstico y definir espacios físicos que cumplan con la privacidad suficiente para entregar información a los familiares en hospitalización. Responsable Rafael Fernando Urquina Guerrero
 6. Articular el manual de Gestión de la tecnología con el plan emergencia y contingencia hospitalaria. Responsable: Andrea Lisset Perez Salamanca
 7. Definir un mecanismo de evaluación integral de satisfacción administrativa. Responsable Rafael Fernando Urquina Guerrero
 8. Realizar la capacitación y evaluación del conocimiento en cuanto al manejo de equipos industriales al personal encargado del mismo Responsable: Carlos Julio Velandia Castillo
 9. Presentar resultados del indicador de atención de solicitudes de hallazgos de infraestructura en el COPASS. Responsable: Carlos Julio Velandia Castillo
 10. Hacer simulacro de pérdida de pacientes Responsable Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
 11. Diseñar la encuesta de satisfacción para funcionarios y trabajadores que participan en la relación docencia servicio del INC y crear el indicador de Satisfacción de docentes y trabajadores del INC que participan en la relación docencia servicio. Responsable: Magda Lorena Jimenez Castaño

Satisfactorio

- 72% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (72%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
 Observaciones: 23 auditorías de 32 programadas.
 Pendientes
 4 informes de ley
 3 asesorías y acompañamientos
 2 capacitaciones en comunicación asertiva
- 63% Cumplimiento de la gestión de proyectos (44%) Meta 70%
 Observaciones: 5 Macroproyectos:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 24	

total apropiado \$71.068
Total ejecutado \$17.457
25% ejecución presupuestal
63% ejecución actividades

- 63% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales (62,55%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones:
1037 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de un total de 1658 de acuerdo con los datos de capacidad instalada del mes de agosto y septiembre
- 61% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI (61%) Meta 100%
Observaciones: Julio: 3 acciones programadas para cierre, 2 acciones sin cerrar. 1 a cargo de la oficina asesora de planeación y 1 a cargo oficina asesora de calidad
Agosto: 10 acciones para cierre, 10 cerradas
Septiembre: 6 acciones programadas. 3 sin cerrar: 1 a cargo de la oficina asesora de planeación y 2 a cargo oficina asesora de calidad

Insuficiente

- × 15% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados (15,04%)
Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
Observaciones: 454 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de un total de 3019 de acuerdo con los datos de capacidad instalada del mes de agosto
- × 33% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (3 días) Meta 1 día
Observaciones: Dos procesos para evaluación jurídica

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 22
Avanzado 16 (73%)
Insuficiente 6 (27%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 76%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,71%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización de acuerdo con las actividades que apliquen al proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (24 días) Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (4,33 días) Mín. 5 días, Est. 7 días, Máx. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (16,02 minutos) Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min

	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 24	

- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (3,14 días) Mín. 2 días, Est. 5 días, Máx. 7 días
 - ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (3 días) 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 (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,94 días) Meta <= 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (16,07 días) Meta <= 15 días (Se aplica 10% adicional sobre la meta)
 - ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (98%) Meta 100%
 - ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (93,47%) Meta 100%
 - ✓ 91% Cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer (64%) Meta 70%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 248
- Ejecutado \$ 162
- % ejecución presupuestal: 65%
- % ejecución actividades 62%
- ✓ 89% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE (88,84%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
 - ✓ 80% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE (80,26%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

Insuficiente

- × 53% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos (37%) Meta 70%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 6876
- Ejecutado \$ 263
- % ejecución presupuestal: 4%
- % ejecución actividades 70%
- × 47% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer (33%) Meta 70%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 67
- Ejecutado \$ 0
- % ejecución presupuestal: 0%
- % ejecución actividades 65%
- × 25% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente (25%) Meta 100%
- Observaciones: Estudios previos: Julio: No tenía estudios previos programados
- Agosto: 2 ítems programados, 1 sin entregar a cargo de Grupo Área Diagnostico y Estadificación
- Septiembre: 2 ítems programados, los cuales no fueron entregados a cargo de Grupo Área Diagnostico y Estadificación
- × 0% Oportunidad en la toma del PET (39,10 días) Mín. 5 días, Est. 10 días, Máx. 15 días
 - × 0% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (20,32 días) Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 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 7 de 24	

- × 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (0%) Meta 100%
- Observaciones:
- Julio: 1 acción de mejora programada sin cerrar a cargo de grupo patología oncológica
- Agosto: 6 acciones de mejora programadas sin cerrar a cargo de: Grupo Área Medicamentos de Elaboración Magistral
- Septiembre: 3 acciones de mejora programadas sin cerrar. 1 acción de mejora a cargo de: Grupo Área Medicamentos de Elaboración Magistral y 2 acciones de mejora Grupo Patología Oncológica

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 29

Avanzado 28 (97%)

Insuficientes 1 (3%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%, A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (41,63) Mín. 40, Est. 45, Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,15) Mín. 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 (20 minutos) Mín. 20 min, Est. 30 min, Max. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (20,47 horas) Mín. 48 horas, Est. 60 horas, Máx. 72 horas
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (99,50%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (19 días) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales (1 socialización) Meta 1
- ✓ 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 (99,2%) Meta 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (99,1%) Meta 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica (89,8%) Meta 90%
- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica (89,8%) Meta 90%
- ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso (98,9%) Meta 85%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria (72%) Meta 70%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (5,5) Mín. 4, Est. 6, Máx. 8
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (15,47 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 100% Avance del modelo actualizado del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (Fase 1) (100%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 97% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (87,53%) Meta 90%
- ✓ 96% Satisfacción del usuario (95,74%) Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (94,85%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,3%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (92%) Meta 100%
- ✓ 89% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC (89,2%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 24	

- ✓ 88% Aceptación de pacientes referidos (51,72%) Mín. 39%, Est. 44%, Máx. 59%
- ✓ 86% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (86,4%) Meta 100%
- ✓ 75% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC (75,3%) Mín. 80%, Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- × 0% Riesgos materializados (30,7%) Mín.0% Est. 10% Max. 20%
Observaciones: en promedio en el trimestre 4 riesgos materializados
Sobreocupación GAICA
Caídas:
Infecciones:
Úlceras por presión

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 46
Avanzado 31 (67%)
Satisfactorio 4 (9%)
Insuficiente 11 (24%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 73%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,15) Mín. 1.5, Est. 3.0, Máx. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (41,63) Mín. 40, Est. 45, Max. 50
- ✓ 100% Promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica componentes de estructura y normatividad) (96,675) Meta >= 90%
- ✓ 100% Tasa de supervivencia para 5 patologías seleccionadas (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (54 días) Mín. 30 días, Est. 45 días, Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (19 día) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (100%) Meta 70%
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas (2,5) Mín.1, Est. 3, Máx. 5
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos (0,4%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada (10,62%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.12%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (49,3 días) Mín.30 días, Est. 45 días, Máx.55 días
- ✓ 100% Cirugías de alta complejidad realizadas (línea base para el trimestre 14%) Meta línea base
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (155) Meta 60
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (71%) Meta 50%
Observaciones: 251 pacientes atendidos de 353
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (50,53%) Meta 45%
Observaciones: 95 pacientes atendidos de 188

	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 24	

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,29 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Pacientes en inducción dentro de la unidad de hematología (100%) Meta 60%
- ✓ 100% Riesgos materializados (16.67%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 99% Gestión del programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC - Mejorar supervivencias (69%) Meta 70%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 344
- Ejecutado \$253
- % ejecución presupuestal 74%
- % actividades 65%
- ✓ 91% Cirugía ambulatorias realizadas (38,29%) Mín. 37%, Est. 39%, Máx. 42%
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT (85,47%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 84% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (83,93%) Meta 100%
- ✓ 83% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (62,5%) Meta 75%
- Observaciones: 25 pacientes atendidos de 40 programados
- ✓ 81% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT (80,73%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 81% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (81.25%) Meta 100%
- ✓ 80% Protocolo técnica TBI aprobado (Potocolo pendiente aprobacion por parte del comité científico)
- ✓ 80% Documento de diseño de la técnica TSEB aprobado (documento pendiente aprobación comité científico)
- ✓ 79% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (79%) Meta 100%
- ✓ 76% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (31 días) Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días

Satisfactorio

- 74% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (73.76%) Mín. 60%, Est.75%, Máx.100%
- 70% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (70%) Mín.75%, Est. 80%, Máx.90%
- 60% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (42%) Meta 70%
- Observaciones: 42% cumplimiento actividades
- 60% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (21 días de trámite para 41 facturas) <= 15 días

Insuficiente

- × 59% 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 (41%) Meta 70%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 43
- Ejecutado \$16
- % ejecución presupuestal 38%
- % actividades 44%

	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 24	

- × 57% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC (40%) Meta 70%
Observaciones:
Total apropiado \$ 990
Ejecutado \$139
% ejecución presupuestal 14%
% actividades 65%

- × 51% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (36%) Meta 70%
Observaciones: 36% cumplimiento actividades
- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (35,67 días) Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días
- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (31 días) Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días

- × 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT (0%) Meta 100%
Observaciones: Julio 1 acción de mejora programada sin cerrar a cargo de Subdirección general de atención médica y docencia.
Agosto 1 acción de mejora programada sin cerrar a cargo de Subdirección general de atención médica y docencia.
septiembre 2 acciones de mejora programada sin cerrar a cargo de unidad funcional de cabeza y cuello

No registra dato ni análisis

- × 0% Pacientes con diagnóstico no confirmado de primera vez
- × 0% Documento de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer
- × 0% Pacientes con diagnóstico mieloma múltiple del INC, atendidos dentro de la clínica
- × 0% Pacientes con diagnóstico leucemia mieloide crónica del INC, atendidos dentro de la clínica
- × 0% Pacientes con diagnóstico de linfoma cutáneo del INC, atendido dentro de la clínica
- × 0% Pacientes con diagnóstico leucemias agudas del INC, atendidos dentro de la clínica

2.4 Docencia

Total, indicadores 15
Avanzado 14 (93%)
Insuficiente 1 (7%)

Para el tercer 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 del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (85,24%) Meta 80%
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (100%) Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (100%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 11 de 24	

- ✓ 100% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC (100%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 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
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (15,5 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (97,44%) Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 97% Ejecución comités docencia servicio (97,14%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC (92,21%) Meta 100%
- ✓ 91% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC (91,43%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

Satisfactorio

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (66,66%) Meta 100%
- Observaciones:
- Julio: 1 acción de mejora que no se cierra oportunamente
- Agosto 100%
- Septiembre 100%

2.5 Investigación

Total, indicadores 16
 Avanzado 14 (88%)
 Satisfactorio 1 (6%)
 Insuficiente 1 (6%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura de grupos de investigación socializados sobre cambios del Proceso de investigación (100%) Meta 80%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (41,81 días) Meta <=50 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (24,85 días) Meta <=45 días
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (70%) Meta 70%
- ✓ 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% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,83 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7,06 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV (97,38%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación (66%) Meta 70%
- ✓ 93% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV (93,4%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 12 de 24	

Satisfactorio

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV (66,66%) Meta 100%
Observaciones: Julio 2 acciones de mejora programadas las cuales no se cierran oportunamente a cargo de: Grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer y 1 a cargo de Grupo Área de Investigaciones
Agosto 3 programadas y cerradas
Septiembre 2 programadas y cerradas

Insuficiente

- × 59% Ejecución del macroproyecto de investigación (41,51%) Meta 70%
Observaciones:
Total apropiado \$ 3.785
Ejecutado \$ 1.571

2.6 Salud pública

Total indicadores 13
Avanzado 13 (100%)

Para el tercer 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% Estrategias para la cesación del consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos (2 informes) Meta 2
- ✓ 100% Documento de implementación de piloto de clínica de cesación tabáquica (1) Meta 1
- ✓ 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (4,41 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB (99,37%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública (65%) Meta 70%
- ✓ 93% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB (92,9%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 77% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública (54,18%) Meta 70%
Observaciones:
Total apropiado \$ 1,425
Total ejecutado \$ 772

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 13 de 24	

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 18
 Avanzado 17 (94%)
 Satisfactorios 1 (6%)

Para el tercer 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% Liquidación de salario personal de planta (Se cumplió con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Liquidación de salario a supernumerarios (Se cumplió con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (Se cumplió con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) (Se cumplió con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Entrega de facturas de empresas externalizadas a financiera (19,7 días en promedio) Meta 30 días posterior a la fecha de radicación
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional [sin COVID] (3,33) Meta Mín. 0,1; Est. 10; Máx. 15
- ✓ 100% Índice de severidad [sin COVID] (4,35) Meta Mín. 0.5; Est. 50; Máx. 100
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Meta Min.0%; Est. 10%; Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Evaluación técnica de ofertas(1,33 días en promedio) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Medición clima y riesgo organizacional (1) Meta 1 medición
- ✓ 100% Trámite de las facturas por parte de los supervisores (8 días en promedio) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH (99%) Meta 100%
- ✓ 97% Procesos de selección de talento humano de planta (58,3 días en promedio) Meta Mín. 50 días; Est. 55 días; Máx. 60 días
- ✓ 93% Monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH (93%) Meta 100%
- ✓ 76% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH (76%) Meta Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 76% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTH (76%) Meta Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Satisfactorio

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH (8 días en promedio) Meta 100%
 Observaciones:
 Julio 2 acciones de mejora programadas, 1 pendiente por cerrar
 Agosto 1 acción de mejora programada la cual se cerró
 Septiembre 2 acciones de mejora programadas, 1 pendiente por cerrar

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 27
 Avanzado 20 (74%)
 Satisfactorio 3 (11%)

	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 24	

Insuficiente 4 (15%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 82%. A 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% Satisfacción servicio de Alimentos a funcionarios, Estudiantes y Pacientes (98%) Min. 80%; Est. 90%; Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (99%) Min. 90%; Est. 90%; Máx. 95%
- ✓ 100% Áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y bienestar de estudiantes y docentes (75%) Meta 75%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Meta Min.0%; Est. 10%; Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,53 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes de los 3 programados)
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (100%) Min. 90%; Est. 95%; Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99%) Min. 90%; Est. 95%; Máx. 100%
- ✓ 98% Ejecución plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (98%) Min. 90%; Est. 95%; Max. 100%
- ✓ 97% Ejecución plan mantenimiento preventivo y predictivo para infraestructura y equipos industriales y apoyo (97%) Mín. 90%; Est.95%; Máx. 100%
- ✓ 96% Cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (96%) Meta 100%
- ✓ 96% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (67%) Meta 70%
- ✓ 93% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC (93%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 92% Monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (92%) Meta 100%
- ✓ 89% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (89%) Min. 90%; Est. 95%; Max. 100%
- ✓ 85% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (85%) Meta 100%
- ✓ 85% Oportunidad trámite de las facturas por parte de los supervisores (17,3 días) Meta <=15 días
- ✓ 81% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC (81%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 80% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (80%) Mín. 90%; Est. 95%; Máx. 100%

Satisfactorio

- 71% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (50%) Meta 70%
- 70% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (9,1 días) Meta <= 7 días
Observaciones: Julio = 9,3 día; Agosto = 8,2 días; Septiembre = 9,8 días
- 61% Ejecución del plan de aseguramiento metrológico (61%) Meta 100%
Observaciones:
Julio 44 equipos ejecutados de 150 programados
Agosto= 138 equipos ejecutados de 232 programados

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 24	

Septiembre = 170 equipos ejecutados de 183 programados

Insuficiente

- × 49% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (34%) Meta 70%
Observaciones:
Apropiado= \$28.290 millones
Ejecutado \$ 9.647
- × 40% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (36%) Meta 100%
Observaciones:
Julio: 13 ítems definidos para entregar no se recibieron 12
Agosto 2 ítems los cuales se entregaron oportunamente
Septiembre 1 ítem programado para entregar el cual no fue recibido
- × 21% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC (15%) Meta 70%
Observaciones:
Apropiado = \$ 27.312 millones
Ejecutado = \$ 4,090 millones
- × 12% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (12%) Meta 100%
Observaciones:
Julio= 7 acciones de mejora programadas ninguna se cerró oportunamente
Agosto= 12 acciones de mejora programadas, 10 pendientes por cerrar
Septiembre= 5 acciones de mejora programadas, 4 pendientes por cerrar

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 10
Avanzado 10 (100%)

Para el tercer 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% Operación de traslado al archivo central y proceso de inventario de expedientes de historia clínica (412 metros lineales) Meta 405 metros
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA (1 boletín) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) 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% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD (100%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (11,4 días) Meta <= 15 días
- ✓ 83% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD (83%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 80% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (70%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 24	

Observaciones: 5 actividades, se ejecutaron 4. Actividad pendiente: - Encuesta de conocimiento plan de eficiencia administrativa y cero papel

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 25
Avanzado 25 (100%)

Para el tercer 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 (77%) Meta 75%
 - ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Meta Min. 0%; Est. 10%; Máx. 10%
 - ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (74%) Meta 60%
 - ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (100%) Meta 60%
 - ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (76%) Meta 60%
 - ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia epidemiológica, Promoción y prevención (78%) Meta 60%
 - ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (66%) Meta 60%
 - ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (19,3 días en promedio) Mín. 15 días; Est. 20 días; Máx. 25 días
 - ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (53,8 días en promedio; se aplica 10% adicional sobre la meta) Mín. 30 días; Est. 40 días; Máx. 50 días
 - ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (56,8 días en promedio) Mín. 40 días; Est. 50 días; Máx. 60 días
 - ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (67,7 días en promedio) Mín. 50 días; Est. 60 días; Máx. 70 días
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas (0,5 días en promedio) Meta 1 día
 - ✓ 100% Ejecución presupuestal [consolidado] (79%) Meta 62%
 - ✓ 100% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (74%) Meta 70%
 - ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (96%) Meta 65%
 - ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (8%) Meta Min.0%; Est. 10%; Máx 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%
 - ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (93,3%) Meta 100%
 - ✓ 88% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG (88%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
 - ✓ 88% Cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos (88%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
 - ✓ 84% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (84%) Meta 100%
- Observaciones:
- Julio: no tenía acciones de mejora programadas
- Agosto: 1 acción programada la cual es cerrada oportunamente
- Septiembre: 3 acciones programadas, 1 sin cerrar a cargo de grupo gestión suministro y almacén
- ✓ 82% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG (82%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
 - ✓ 82% Ejecución por concepto de gasto: inversión (25%) Meta 30%
- Observaciones:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 24	

Apropiación = \$ 71.067 millones

Compromisos = \$17.456

- ✓ 80% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (18 días). Meta <= 15 días
- Observaciones:
- Julio 8 días
 - Agosto 28 días
 - Septiembre 18 días

3.5 Gestión contable

Total indicadores 14

Avanzado 13 (93%)

Insuficiente 1 (7%)

Para el tercer 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% Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios (1) Meta 1
- ✓ 100% Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades (1) Meta 1
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes de los 3 programados)
- ✓ 100% Reporte periódico a docencia de información de ingresos, costos y gastos (1) Meta 1 (I sem. 2022)
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (0,3 días en promedio) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (97%) Meta 1
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO (97%) Meta Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 81% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO (81%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 81% Prestaciones costeadas (60%) Meta 75%

Insuficiente

- × 0% Estados financieros presentados y publicados en la página web (0 de los 3 documentos programados)

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 26

Avanzado 24 (92%)

Satisfactorio 1 (4%)

Insuficiente 1 (4%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%. A

	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 24	

continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (1) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (146%) Mín. 90%; Est. 95%; Máx. 100%
- ✓ 100% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (118%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (2,4 días en promedio) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Conciliación de glosa (338%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1%) Meta <=3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (2,3 días en promedio) Meta <=5 días
- ✓ 100% Autorizaciones obtenidas (93%) Meta >=90%
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (78%) Meta 75%
- ✓ 100% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (75%) Meta 75%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (6 días en promedio) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (6 días en promedio) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (75%) Meta 60%
- ✓ 99% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCM (99%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (98%) Meta 100%
- ✓ 92% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (64%) Meta 75%
- ✓ 91% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM (91%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 85% Ejecución del plan de mercadeo (64%) Meta 75%

Satisfactorio

- 69% Depuración la cartera (2019-2022). (13%) Meta 19%
Observaciones:
Cartera cobrado o depurado \$209,318,093,807.37
Cartera referencia corte 2018 \$240,463,510,412.37
Acumulado a septiembre 2022 (87%)

Insuficiente

- × 58% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (58%) Meta 100%
Observaciones: [valor glosa respondida dentro de términos / valor objeciones recibida en el período]
Julio: 30%:
\$1,452,452,400.00 / \$ 4,899,954,466.00
agosto 61%:
\$3,736,961,088.00 / \$ 6,168,647,425.00
Septiembre 83%:
\$5,218,425,213.00 / \$ 6,271,238,004.00

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 19 de 24	

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 17

Avanzado 15 (88%)

Insuficiente 2 (12%)

Para el tercer trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 89%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Gobierno TI - Documento de actualización de Catalogo de sistemas de información (1) Meta 1
- ✓ 100% Gobierno TI - Documento de actualización de Catalogo de servicios tecnológicos (1) Meta 1
- ✓ 100% Estudio de movilidad tecnológica e integración de equipos de toma de signos vitales con HC (1) Meta 1
- ✓ 100% Actualización Documento de evaluación de optimización y plan consolidación de DATACENTER (1) Meta 1
- ✓ 100% Porcentaje de riesgos materializados (10%) Meta Min.0%; Est. 10%; Máx 20%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI (100%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (3,3 días en promedio) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (16,17 días en promedio) Meta <= 15 días
- ✓ 95% Porcentaje de ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (71%) Meta 75%
- ✓ 79% Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI (79%) Mín. 80%; Est. 90%; Máx. 100%
- ✓ 79% Porcentaje de avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (55%) Meta 70%
- ✓ 75% Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (75%) Meta 100%

Insuficiente

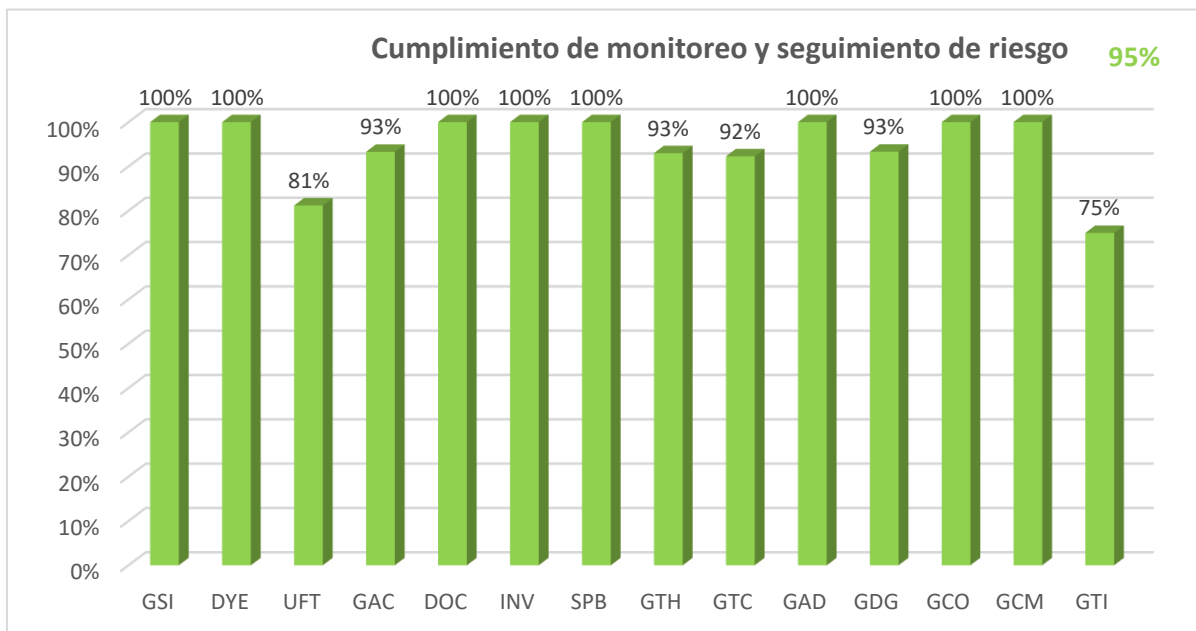
- × 50% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (50%) Meta 100%
Observaciones:
En el mes de julio no se entregaron oportunamente ninguno de los (2) estudios previos del proceso GTI.
En agosto se entregaron oportunamente (2/2)
En septiembre no se tenían ítems definidos
- × 35% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral (25%) Meta 70%
Observación:
Apropiado \$ 1.075
Ejecutado \$266

	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 24	

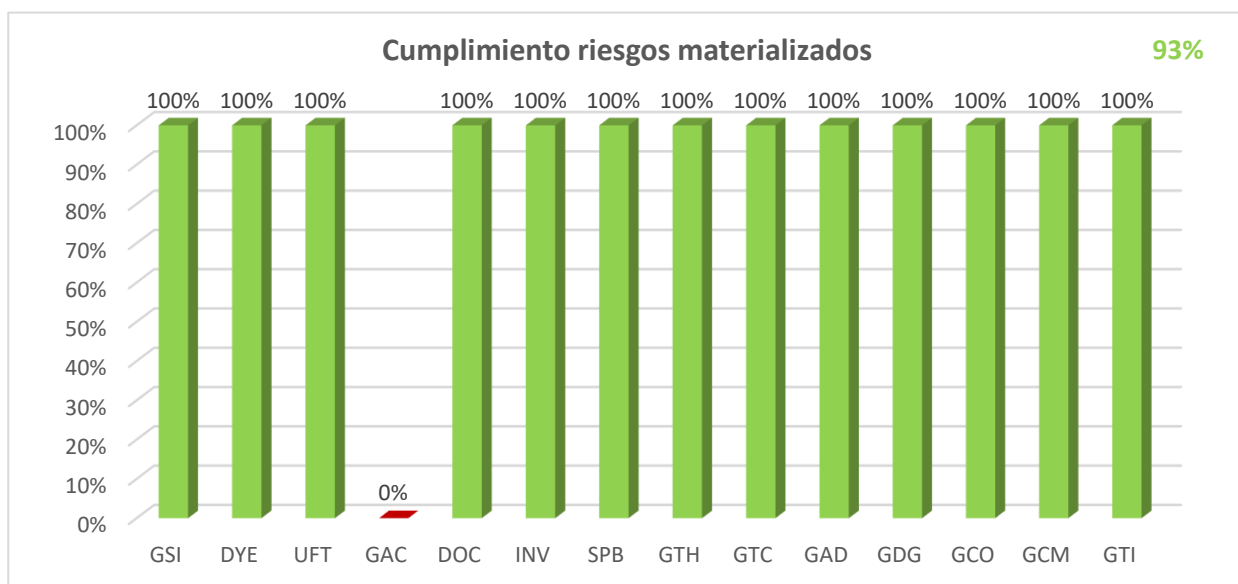
4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

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

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

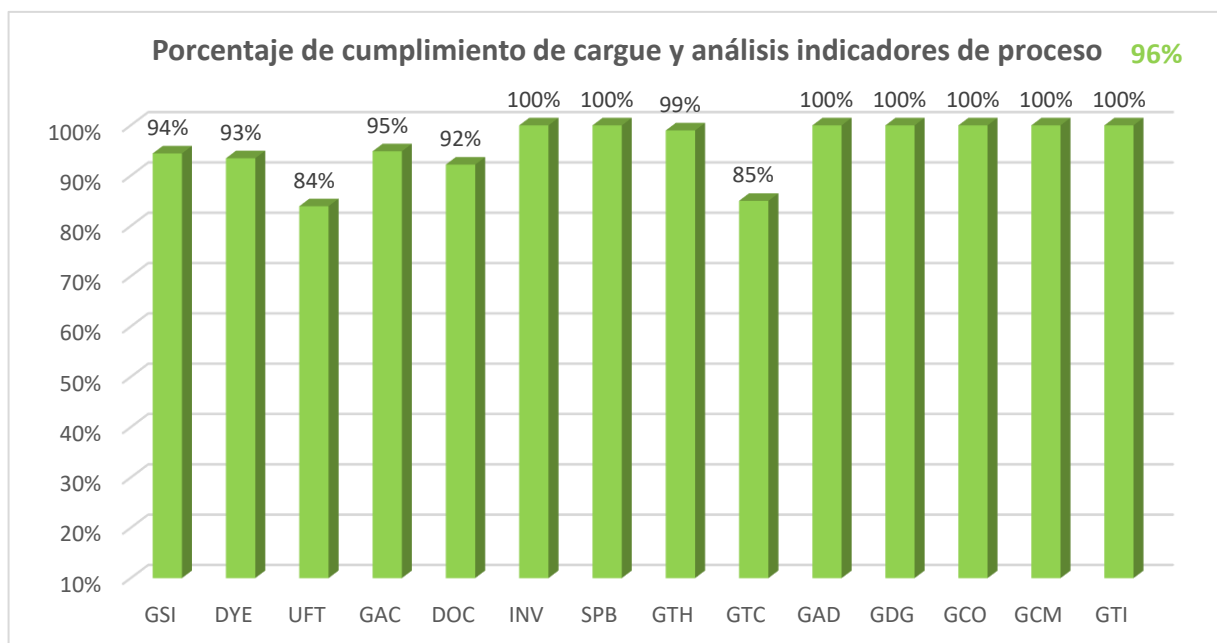


4.2 Porcentaje de riesgos materializados

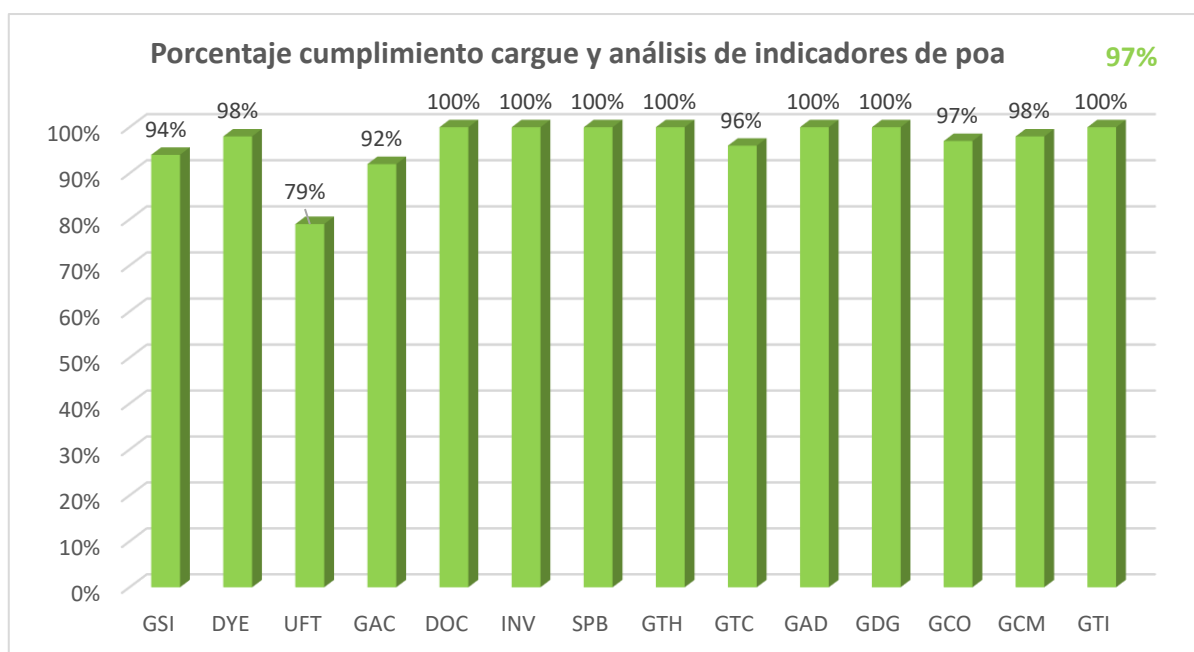


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 24	

4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

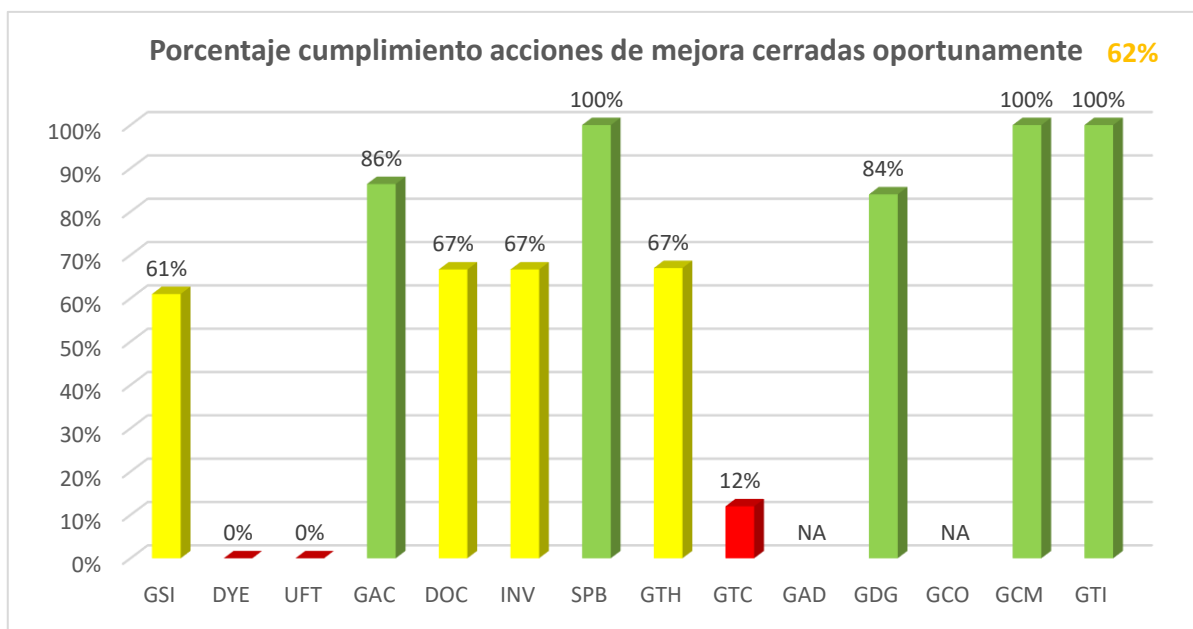


4.4 Oportunidad carga y análisis indicadores POA.

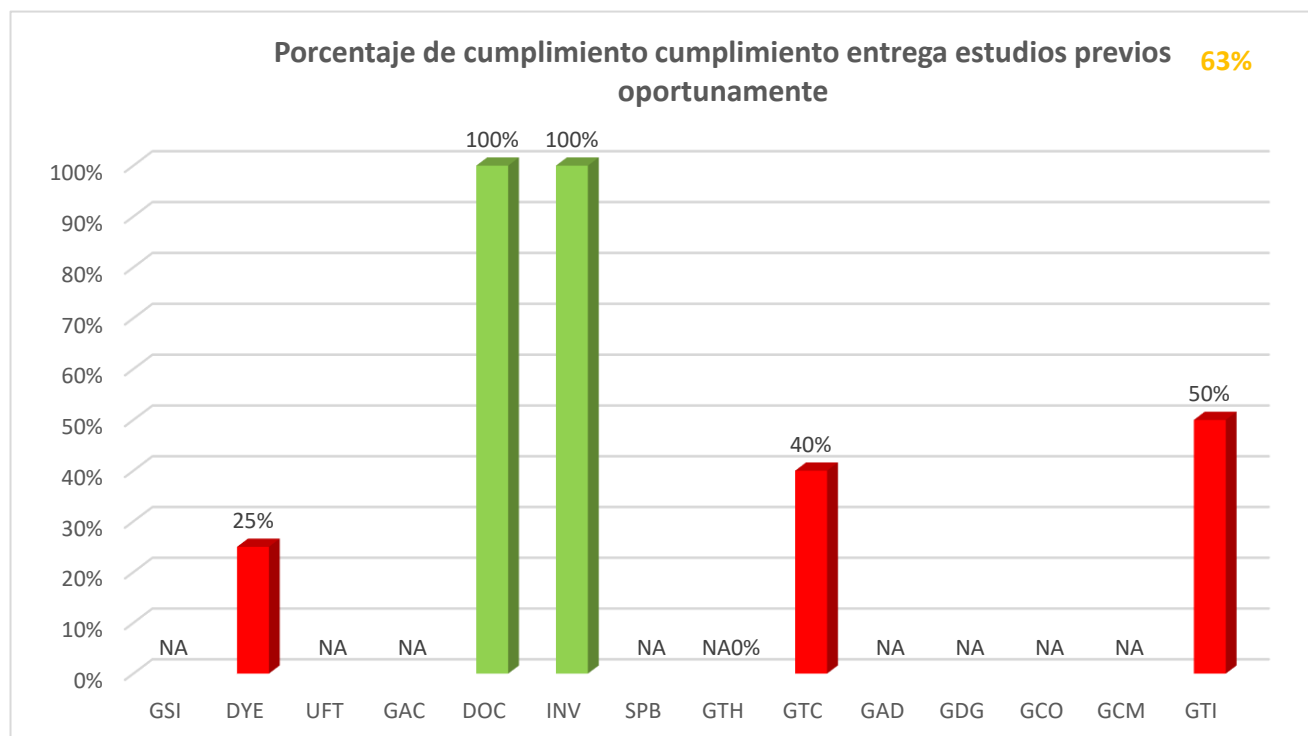


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 22 de 24	

4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente

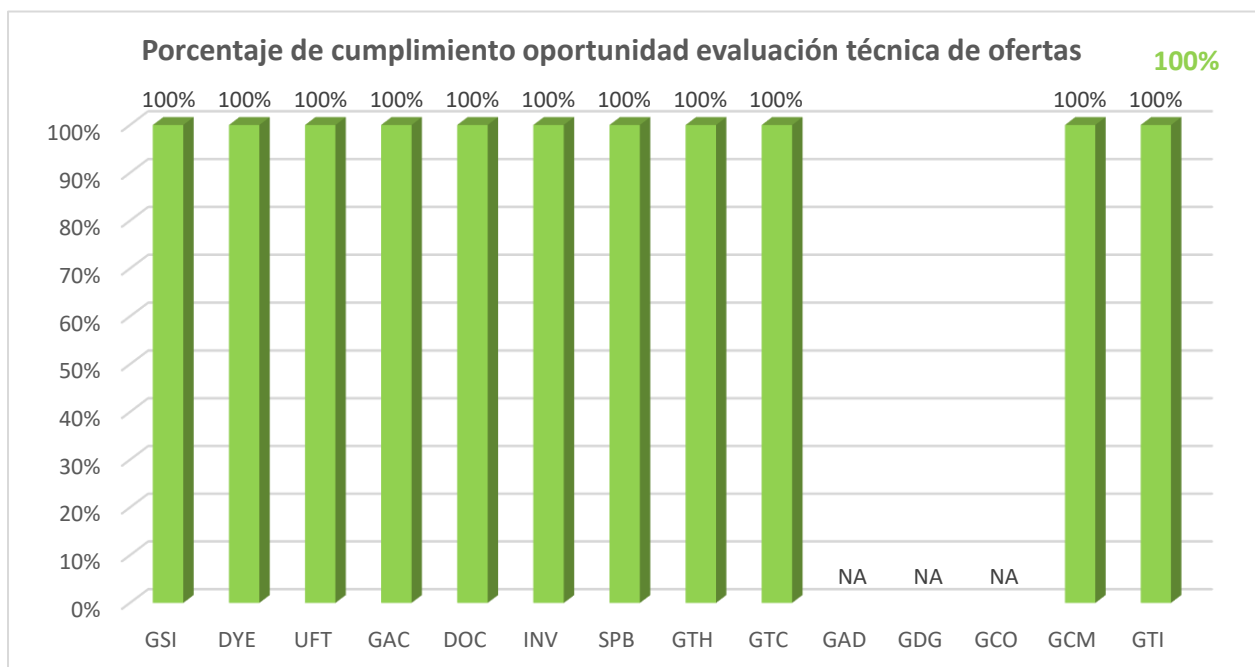


4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

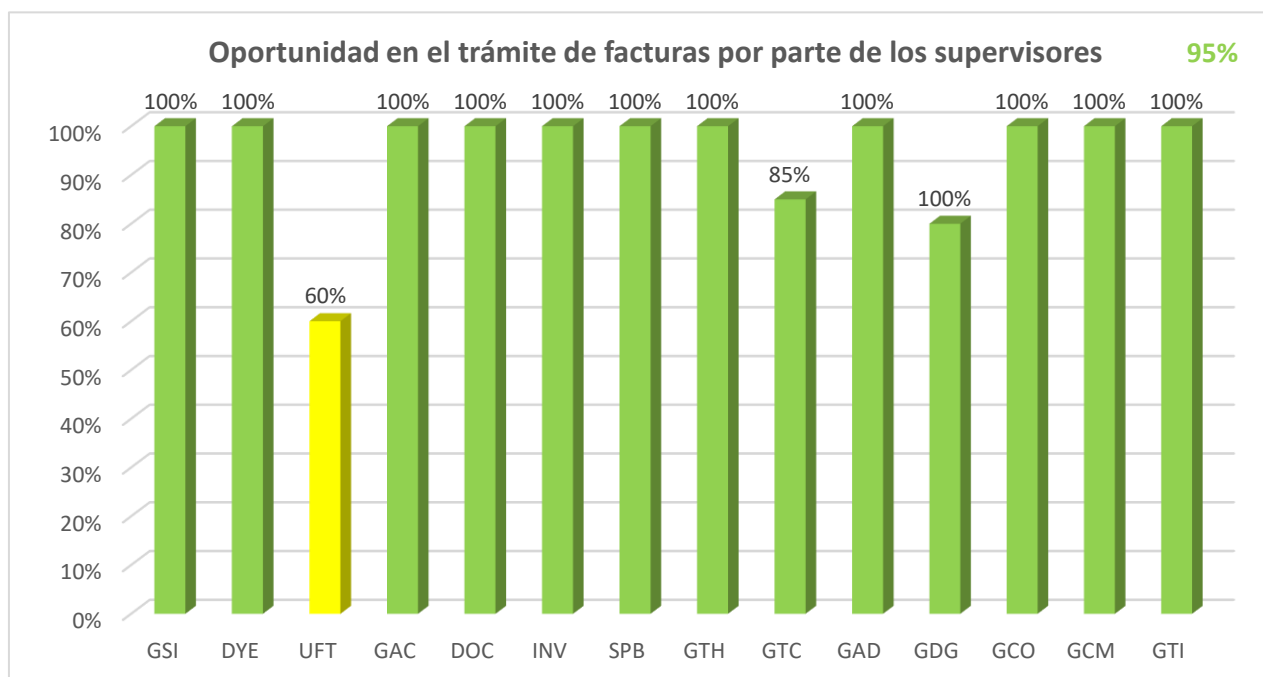


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 23 de 24	

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:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 24 de 24			

CONCLUSIONES	
El promedio del cumplimiento del POA para el III trimestre 2022 fue del 90%; 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: × Indicadores sin carga × Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión × Entrega de estudios previos × Cierre de acciones de mejora	
Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Correales Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Aprobado por Adriana Patricia Hernández Baquero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

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

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

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