

	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 31			

Fecha del Informe:	23/02/2023
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV trimestre 2022 y consolidado año 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.....	30

RESUMEN

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

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

1. METODOLOGÍA

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

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

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

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

2. RESULTADOS IV TRIMESTRE 2022



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 IV trimestre 2022 se evaluaron un total de 506 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 436 (86%)

Satisfactorio 23 (5%)

Insuficientes 47 (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 31	

DESARROLLO DEL INFORME

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Total, indicadores 43

Avanzado 39 (91%)

Satisfactorio 3 (7%)

Insuficiente 1 (2%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Propuesta de rediseño institucional
- ✓ 100% Certificado de habilitación (Resolución 3100 de 2019) (Se obtuvo certificado de acreditación en diciembre de 2021)
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM elaborados y enviados por correo electrónico)
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de capacitación en SIAI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Procedimiento de gerencia de la información socializado
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (105%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales (100%) Mín 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ahorro en prensa gratis (\$52,244,623,585 acumulado 2019-2022) Meta: \$14,300,000,000
- ✓ 100% Promedio de figuración general en medios de comunicación (970 menciones) Meta >= 63 menciones
- ✓ 100% Ejecución del plan de cooperación (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales (7 convenios firmados) Meta 4 convenios
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención (100%) Min 80%, Est 90%, Máx 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (ficha técnica capacidad instalada actualizada)
- ✓ 100% Plan de producción institucional actualizado
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (4,0) Meta >=3,4
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,5%) Meta >= 90%
- ✓ 100% Estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica (81%) Meta >=80%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (0,5 días) Meta 1 día
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (8%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso GSI (5,03 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Uso de canales de comunicación (98,5%) Mín. 80%, Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 98% Cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos (98%) Mín. 80%, Est.

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

- ✓ 90% Máx. 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (97,88%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento del plan de responsabilidad social (96,58%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 95% Satisfacción de los usuarios pacientes (95,18%) Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 94% Cumplimiento del plan de comunicaciones (94%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (93%) Meta 100%
- ✓ 92% Cierre de acciones de mejora de acreditación (92,19%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 92% Implementación del sistema de gestión basado en riesgos (92%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (92%) Meta 100%
- ✓ 90% Desarrollos de SIAI de acuerdo con las necesidades de modelos priorizados (Modelo de farmacia pendiente puesta en marcha)
- ✓ 86% Implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad acumulado (19 pisos señalizados de 22 programados)
- ✓ 83% Página web institucional mejorada (actualización y funcionalidad).

Satisfactorio

- 74% Cumplimiento de la gestión de proyectos Meta 100%.
Observaciones: 5 macroproyectos
Total apropiado \$71.068 millones
Total ejecutado \$38.408 millones
Ejecución presupuestal 54%
Ejecución actividades 93%
- 72% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 10 acciones de mejora programadas, 4 sin cerrar: 3 a cargo de Oficina Asesora de Calidad y 1 Oficina Asesora de Planeación
Noviembre: 10 acciones de mejora programadas, 4 sin cerrar a cargo de oficina asesora de calidad
Diciembre: 20 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar a cargo de Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera
- 69% Proporción de riesgos tratados en el INC. Min. 70%; Est. 80%, Máx. 100%
Observaciones:
13,2 riesgos tratados de 19 riesgos identificados

Insuficiente

- × 59% Adherencia a los paquetes instruccionales. Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones: 10 paquetes cumplen con los indicadores definidos de 17 paquetes documentados

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 26
Avanzado 20 (77%)
Insuficiente 6 (23%)

Para el cuarto trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 77%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

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

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE (100%) Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad (96,50%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (4,0) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización de acuerdo con las actividades que apliquen al proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de radiofármacos nuevos producidos para medicina nuclear (3 radiofármacos nuevos) Meta 3 acumulado 2019-2022
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (27 días) Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (3,33 días) Mín. 5 días, Est. 7 días, Máx. 9 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (12,7 minutos) Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (2,76 días) Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (2,68 días) Mín. 2 días, Est. 5 días, Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (1,99 días) Mín. 1 días, Est. 3 días, Máx. 5 días
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE
- ✓ 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 (1,53 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (97,72%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (92%) Meta 100%
- ✓ 83% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (83%) Meta 100%

- ✓ 79% Cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer
Observaciones:
Total apropiado \$248 millones
Total ejecutado \$171 millones
Ejecución presupuestal 69%
Actividades 89%

- ✓ 78% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (19,11 días) Meta ≤ 15 días

Insuficiente

- × 47% Cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 67 millones
Ejecutado \$ 9 millones
Ejecución presupuestal: 14%
Ejecución actividades 80%

- × 42% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 6.876 millones

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

Ejecutado \$ 311 millones
Ejecución presupuestal: 5%
Ejecución actividades 80%

- × 0% Dos (2) Protocolos definidos
Observaciones: Los protocolos reportados son de la vigencia 2021
 - × 0% Oportunidad en la toma del PET (43,32 días) Mín. 5 días, Est. 10 días, Máx. 15 días
Observaciones:
Causas: No se cuenta con todos los médicos especialistas del servicio por renuncia
Daño del ciclotrón en el mes de diciembre
 - × 0% Estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones:
Octubre 1 ítem definido sin entregar a cargo del grupo Medicina Nuclear
Noviembre: Sin ítems programados
Diciembre: Sin ítems programados
- No registra dato ni análisis**
- × Producción automatizada de tres (3) radiofármacos terapéuticos

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 31
Avanzado 30 (97%)
Insuficientes 1 (3%)

Para el cuarto 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% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (44,93) Mín. 40, Est. 45, Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,03) Mín. 1,5, Est. 3, Max. 4.5
- ✓ 100% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (4,0) Meta $\geq 3,4$
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage II (15 minutos) Mín. 20 min, Est. 30 min, Max. 45 min
- ✓ 100% Avance del modelo actualizado del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (Fase 1) (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (19,09 horas) Mín. 48 horas, Est. 60 horas, Máx. 72 horas
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (99,9%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana) (21 días) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 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 (97,98%) Meta 90%
- ✓ 100% Satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería (99,21%) Meta 90%

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

- ✓ 100% Registro del dolor en la historia Clínica (92,15%) Meta 90%
- ✓ 100% Pacientes captados por el programa plan de egreso (99,13%) Meta 85%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de atención domiciliaria (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (6,02) Mín. 4, Est. 6, Máx. 8
- ✓ 100% Implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación interna para enfermería (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (4,33 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (12,43 días) Meta <= 15 días
- ✓ 95% Satisfacción del usuario (95,18%) Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (94,72%) Meta 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (94%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,33%) Meta 100%
- ✓ 91% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (82,32%) Meta 90%
- ✓ 89% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (88,89%) Meta 100%
- ✓ 88% Cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer (49 estándares cumplidos de 56 en total) Meta 100%
- ✓ 81% Cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso GAC (80,95%) Mín. 80%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 81% Aceptación de pacientes referidos (47,65%) Mín. 39%, Est. 44%, Máx. 59%

Insuficiente

- × 0% Riesgos materializados (35,7%) Min.0% Est. 10% Max. 20%
- Observaciones: en promedio en el trimestre 4 riesgos materializados
Sobreocupación GAICA
Caídas:
Infecciones:
Ulceras por presión

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 72
Avanzado 44 (61%)
Satisfactorio 4 (6%)
Insuficiente 24 (33%)

Para el cuarto trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 67%. 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% Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente (4,0) Meta >=3,4
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,03) Mín. 1.5, Est. 3.0, Máx. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (44,93) Mín. 40, Est. 45, Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad (96,50%) Meta >=90%
- ✓ 100% Estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica (81%) Meta >=80%
- ✓ 100% Adherencia a guías de práctica clínica (93,26%) Meta >=80%
- ✓ 100% Línea de base calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en

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

cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente (2022). En cuidado paliativo: 120,3; Cáncer de mama: 104,1; Cáncer de estómago: 140,6; Cáncer de recto: 105,8.

- ✓ 100% Diferencia de los puntajes obtenidos en las mediciones de las escalas validadas por unidades priorizadas para el año 2022. (1 medición)
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (53,67 días) Mín. 30 días, Est. 45 días, Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (21 días) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Gestión del proyecto de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (100% cumplimiento actividades)
- ✓ 100% Índice eventos adversos en pacientes quirúrgicos (0,69%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.10%
- ✓ 100% Proporción de cancelaciones de cirugía programada (6,56%) Mín.0%, Est. 5%, Máx.12%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (43,90 días) Mín.30 días, Est. 45 días, Máx.55 días
- ✓ 100% Porcentaje de cirugías de alta complejidad realizadas (Línea base IV trimestre 2022 12,16)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de microcirugía (Línea base 1 complicación)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de microcirugía (Línea base 16,5 días estancia)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de sugar Baker (Línea base 1 complicación)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de sugar Baker (línea base 25,10 días estancia)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de salvamento de extremidades (línea base. Sin complicaciones)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de salvamento de extremidades (línea base 9,5 días estancia)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de cirugía micrográfica de Mohs (Línea base. Sin complicaciones)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de cirugía micrográfica de Mohs (línea base 11 días estancia)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de cirugía laparoscópica avanzada (línea base 2 complicaciones)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de cirugía laparoscópica avanzada (línea base 10,37 días estancia)
- ✓ 100% Frecuencia de complicaciones en pacientes de cirugía por navegación (línea base. Sin complicaciones)
- ✓ 100% Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas en pacientes de cirugía por navegación (línea base 11,8 días estancia)
- ✓ 100% Pacientes con diagnóstico no confirmado de primera vez (7,55%) Meta 10%
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (213 sesiones) Meta 60
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (78%) Meta 60%
- ✓ 100% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (132%) Meta 100%
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (51,365) Meta 50%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT
- ✓ 100% Riesgos materializados (4,17%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,61 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (14,11 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Realizar estrategias audiovisuales de rehabilitación y nutrición en los pacientes quirúrgicos
- ✓ 94% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (26,67 días) Mín. 10 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 92% Pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (92,15%) Mín. 60%, Est.75%, Máx.100%

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

- ✓ 87% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (28,67 días) Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (87,27%) Meta 100%
- ✓ 82% Gestión del programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC - Mejorar supervivencias. Meta 100%
- ✓ 80% Porcentajes de cirugía ambulatorias realizadas (33,74%) Mín. 37%, Est. 39%, Máx. 42%

Satisfactorio

- 73% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada Meta 100%
Observaciones: 73% cumplimiento de actividades
- 71% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (63.78%) Mín.75%, Est. 80%, Máx.90%
- 69% Cumplimiento de la gestión del programa para la medición y seguimiento de la calidad del vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes del INC. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 43 millones
Ejecutado \$ 16 millones
Ejecución presupuestal 38%
Actividades 100%
- 65% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT. Meta 100%
Observaciones: 73 indicadores con dato y análisis de 113 programados para el trimestre

Insuficiente

- × 58% Gestión del proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente en el INC. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 940 millones
Ejecutado \$ 338 millones
Ejecución presupuestal 36%
Actividades 80%
- × 56% Adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso UFT (56,26%) Min. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
Observaciones:
9 paquetes cumplen con los indicadores definidos de 16 paquetes documentados para UFT
- × 49% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma. Meta 100%
Observaciones: 49% avance de actividades. El proyecto no cuenta con recursos de inversión aprobados para la vigencia 2022.
- × 33% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 2 acciones de mejora programadas sin cerrar a cargo de Grupo Área Oncología Radioterápica
Noviembre: 5 acciones de mejora programadas sin cerrar a cargo de: 3 de Grupo Área Oncología Radioterápica y 2 de Grupo Área Soporte Oncológico
Diciembre 1 acción de mejora programada y cerrada

	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 31	

- × 15% Implementación del programa de clínicas endoscópicas (ampliación del servicio de gastroenterología).
Meta 100%
Observaciones: Se realizó el proceso de adjudicación del contrato C0547.2022. La ejecución de la obra inició a partir del mes de diciembre, con el inicio de la primera fase de cuatro totales
- × 0% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (43,50 días) Mín. 10 días, Est.20 días, Máx. 25 días
Observaciones: Causas: Importante fluctuación de personal
- × Porcentaje de implementación de la técnica TBI. (No se iniciaron pacientes en la técnica) Meta 3 pacientes
Observaciones: se está a la espera de la remisión de las especialidades involucradas y la selección de pacientes
- × Porcentaje de pacientes iniciados en la técnica TSEB (No se iniciaron pacientes en la técnica) Meta 3 pacientes
Observaciones: se está a la espera de la remisión de las especialidades involucradas y la selección de pacientes
- × Porcentaje de incorporación de localizaciones de radioterapia intraoperatoria. (no se llevaron a cabo localizaciones de radioterapia intraoperatoria) Meta 4
Observaciones: En espera de visita de auditoría para prestar el servicio

No registra dato ni análisis

- × Medir la línea base de la frecuencia de complicaciones en pacientes de alta complejidad.
- × Medir la línea base de comparación de morbilidades de cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas
- × Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas. Mín. 8 días, Est. 9 días, Máx. 10 días
- × Porcentaje de implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario
- × Medir la línea base de la supervivencia en neoplasias en Hemato linfoides
- × Porcentaje de pacientes con diagnóstico mieloma múltiple del INC, atendidos dentro de la clínica
- × Porcentaje de pacientes con diagnóstico leucemia mieloide crónica del INC, atendidos dentro de la clínica
- × Porcentaje de pacientes con diagnóstico de linfoma cutáneo del INC, atendido dentro de la clínica
- × Porcentaje de pacientes con diagnóstico leucemias agudas del INC, atendidos dentro de la clínica
- × Porcentaje de pacientes en inducción dentro de la unidad de hematología
- × Porcentaje de cobertura de personal de enfermería capacitado en manejo de enfermería del paciente hematológico
- × Porcentaje de implementación del curso en manejo intensivo del paciente hematológico
- × Porcentaje de colaboradores asistenciales capacitados manejo intensivo del paciente hematológico
- × Elaboración del documento de análisis de viabilidad en la implementación de protonterapia
- × Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT

2.4 Docencia

Total, indicadores 25
Avanzado 23 (92%)
Satisfactorio 2 (8%)

Para el cuarto 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 11 de 31	

continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Programas académicos institucionales con renovación del registro calificado (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC (66 especialistas) Meta ≥ 50
- ✓ 100% Programas nuevos de formación para subespecialidad oncológica en convenio con Instituciones de Educación Superior (IES) (cirugía de tórax con la Universidad el Bosque) Meta 1
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con clasificación docente (100%) Meta 80%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de bienestar para el personal en formación (100%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Implementación del plan de desarrollo docente del INC (74,1%) Meta 50%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (83,8%) Meta 80%
- ✓ 100% Política de docencia con el esquema DDIMM (documentar, desplegar, implementar, medir, mejorar) (1 informe)
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación (96,12%) Meta 80%
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (100%) Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 100% Certificación en altos estándares de acreditación de calidad en docencia
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC
- ✓ 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 del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (12,1 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 98% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (98,14%) Min 80%, Est. 90%, Max.100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (96%) Meta 100%
- ✓ 95% Docentes del INC con reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES) (94,8%) Meta 100%
- ✓ 89% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (89%) Meta 100%

Satisfactorio

- 72% Docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria (23,8%) Meta 30%
Observaciones:
55 docentes con formación de posgrado de 231 docentes
- 72% Programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa (26,81%) Meta 40%
Observaciones:
48 programas académicos acreditados en calidad educativa de 179 programas

2.5 Investigación

Total, indicadores 50

Avanzado 45 (90%)

Satisfactorio 3 (6%)

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

Insuficiente 2 (4%)

Para el cuarto 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% Cobertura de grupos de investigación socializados sobre cambios del Proceso de investigación (100%) Meta 80%
- ✓ 100% Implementación del proceso de investigación rediseñado (Informe evaluación adherencia cambios proceso de investigación)
- ✓ 100% Informe de seguimiento a los indicadores de la Política de Investigación
- ✓ 100% Estudios de investigación cerrados (73,44%) Meta $\geq 70\%$
- ✓ 100% Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (45,23 días) Meta ≤ 50 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (17,48 días) ≤ 45 días
- ✓ 100% Informe de resultado de percepción del comité de ética en investigación basado en la encuesta aplicada
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (aprobados) (111,57 días) Meta ≤ 170 días
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC (todas las respuestas) (69,16 días) Meta ≤ 110 días
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de documentos diferentes a artículos (Línea base 126,62 días) Meta Línea base
- ✓ 100% Proyecto de investigación nuevo de la red nacional de investigación en cáncer (proyecto titulado "Análisis del transcriptoma de célula única de metaplasia intestinal en cuatro departamentos de Colombia 2022-2025")
- ✓ 100% Número de proyectos de investigación nuevos con la red, con uso de muestras del BNTTF (al menos 1) (proyecto titulado "Nanobiosensores electroquímicos ultrasensibles para la monitorización de un panel de marcadores tumorales asociados al diagnóstico temprano de cáncer de colon, en el punto de atención")
- ✓ 100% Capacitaciones técnico-científicas de los investigadores de la Red (3 capacitaciones) Meta 2 capacitaciones
- ✓ 100% Acuerdos de cooperación internacional de investigación en cáncer formalizados entre 2019 a 2022 (6 convenios con 4 instituciones internacionales) Meta 2
- ✓ 100% Capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones (2 capacitaciones) Meta 2
- ✓ 100% Proyectos de investigación nuevos por cada acuerdo de cooperación internacional formalizado 2019 a 2022 (6 proyectos de investigación) Meta 2
- ✓ 100% Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF (2019 - 2022) (4 proyectos) Meta 4
- ✓ 100% Perfil de idea presentado en SWOG (7 perfiles presentados) Meta 3
- ✓ 100% Informe de la red SWOG presentado en comité científico
- ✓ 100% Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IIB a IV). (15 proyectos de investigación extrainstitucional) Meta 4
- ✓ 100% Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación (2019 a 2022) (68 proyectos) Meta 16
- ✓ 100% Número de ponencias en eventos científicos (113 ponencias) Meta 40
- ✓ 100% Razón de artículos científicos aprobados en revistas cuartil (Q1, Q2, Q3, Q4) de ISI, por cada tiempo completo a la Subdirección de Investigación (42) Meta 1
- ✓ 100% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo

	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 31	

- ✓ dedicado en la subdirección de investigaciones (2,81) Meta 2
 - ✓ 100% Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre (6 meses) Meta <=18 meses
 - ✓ 100% Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales (16,67%) Meta 10% acumulado 2019-2022
 - ✓ 100% Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas (3 postulaciones) Meta >=3
 - ✓ 100% Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC (4,3) Meta >=2
 - ✓ 100% Factor de impacto en integración del conocimiento (6,27) Meta >=3
 - ✓ 100% Adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC) (93,26%) Meta >=80%
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV. 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. Meta 100%
 - ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV. Meta 100%
 - ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV. Meta 100%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,66 días) Meta <= 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7,81 días). Meta <= 15 días
 - ✓ 97% Proyectos que cumplen con las actividades del cronograma (97,28%) Meta 100%
 - ✓ 95% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación. Meta 100%
 - ✓ 94% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC. Meta 100%
 - ✓ 90% Proyectos nuevos con la red de investigación internacional (SWOG) (proyecto: estudio Internacional en Cáncer Avanzado de Pene: Estudio de la Iniciativa Internacional Respecto a Cánceres Raros) Pendiente aprobación
 - ✓ 90% Consolidación de la Red Nacional de Cáncer Hereditario, mediante la construcción de un protocolo aprobado. No se tiene evidencia de aprobación del protocolo
 - ✓ 85% Ejecución del macroproyecto de investigación. Meta 100%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 3.785 millones
- Ejecutado \$3.218 millones

Satisfactorio

- 71% Ejecución presupuestal del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC. Meta 100%
- Observaciones:
- Total apropiado \$ 135 millones
- Ejecutado \$ \$96 millones
- 62% Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética (3,12%) Meta 5%
 - 60% Mantener la indexación en Publiindex de la Revista Colombiana de Cancerología
- Observaciones:
- Se cargó la información de los volúmenes publicados por la Revista del año 2021 en la plataforma de Publiindex. Sin embargo, para el año 2022 Minciencias no abrió convocatoria, por lo que no se tiene calificación por parte de esta entidad.

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

Insuficiente

- × 0% Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. (-3,9%) Meta 5%
Observaciones: La variación relativa o porcentual en el número de días de evaluación de los artículos aprobados se incrementó en 3,9% en 2022, con respecto al resultado obtenido en 2021
- × 0% Variación porcentual de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación (0%) Meta 10% (\$ 475.250.431)
Observaciones: No fue posible la obtención de recursos de fuentes externas para la financiación de proyectos

2.6 Salud pública

Total indicadores 41
Avanzado 38 (93%)
Satisfactorio 1 (2%)
Insuficiente 2 (5%)

Para el cuarto 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% Proyectos/programas de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados (Prácticas, experticias y aceptación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en una comunidad rural de Colombia, 2022. y "Generación, desarrollo, evaluación y propuesta de implementación de un programa multimodal y contextualizado para incrementar la cobertura de la vacuna contra el VPH en cuatro regiones de Colombia") Meta 2
- ✓ 100% Piloto de clínica de cesación tabáquica (Documento de implementación de piloto de clínica de cesación tabáquica)
- ✓ 100% Implementación del plan para recuperar la confianza de la vacuna del VPH (50%) Meta 50% acumulado al 2022
- ✓ 100% Informe con los resultados de prevalencia de genotipos virales asociados en al menos un (1) municipio centinela
- ✓ 100% Análisis de la información disponible a la fecha sobre cáncer ocupacional en Colombia
- ✓ 100% Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados (3 cursos) Meta 3
- ✓ 100% Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas (3 brigadas) Meta 3
- ✓ 100% Documento con el porcentaje de positividad de las pruebas de tamización en las brigadas realizadas. (151 pacientes tamizados:14 casos positivos para cáncer de piel no melanoma, con un porcentaje de positividad del 9%)
- ✓ 100% Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados (4 instituciones: Hospital de Tunjuelito, Hospital San Blas, Centro de Atención Prioritaria en Salud-CAPS José María Carbonell, Hospital Engativá) Meta 4
- ✓ 100% Implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos (100%) Meta 100% acumulado al 2022
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas por año (3 asistencias técnicas: ESE Universitaria del Atlántico, Clínica de Maicao y Centro Cancerológico del Caribe, Clínica San Martín) Meta 3
- ✓ 100% Documento estudio de oferta de talento humano en oncología del país
- ✓ 100% Implementación del modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 31	

del cáncer (3 instituciones: Sociedad Médica Clínica Maicao (La Guajira), Gobernación del Atlántico, secretaría departamental de salud: Centro de atención complementaria especializado pediátrico cáncer pediátrico y sede adultos de la ESE Universitaria del Atlántico) Meta 3 instituciones

- ✓ 100% Guías de práctica clínica iniciadas (pulmón, tiroides y gástrico) Meta 3
- ✓ 100% Número de convenios de registros poblacionales vigentes (Universidad Sur Colombiana- Neiva, Universidad de Nariño – Pasto, Fundación Universitaria del Norte -Barranquilla. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad de Caldas – Manizales y Universidad Sur colombiana - Neiva) Meta 4
- ✓ 100% Informe de los trabajos realizados en supervivencia de los registros poblacionales de Barranquilla y Pasto
- ✓ 100% Anuario estadístico 2021 publicado en la web
- ✓ 100% Infocancer con información anual actualizada
- ✓ 100% Video y difusión presencial de infocáncer en los servicios
- ✓ 100% Información del registro de cáncer de base poblacional de Cali
- ✓ 100% Asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual (Asistencia técnica a PRC Neiva y asistencia técnica: Curso virtual uso de CanReg5) Meta 1
- ✓ 100% Registros poblacionales creados y consolidados (Registro poblacional Neiva implementado) Meta 1
- ✓ 100% Prueba piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo realizado a dos entidades (clínica MAICAO e INC)
- ✓ 100% Documento técnico del plan decenal para el control del cáncer 2022-2031
- ✓ 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 documentos técnicos) Meta 2
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa (2 acciones de influencia) Meta 2
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación (1 acción de réplica) Meta 1
- ✓ 100% Perfiles de los profesionales pertinentes al tema del curso capacitados (97,08%) Meta 90%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso SPB. 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. Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB. Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB. Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (4 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (5,47 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 96% Cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública. Meta 100%
- ✓ 90% Implementación de la aplicación informática web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia. El observatorio no está disponible para consulta general

Satisfactorio

- 65% Ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública. Meta 100%
- Observaciones:
Total apropiado \$1.425 millones
Ejecutado \$ 931 millones

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 49
Avanzado 41 (84%)
Satisfactorio 4 (8%)

	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 31	

Insuficiente 4 (8%)

Para el cuarto 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% Convocatorias desiertas (3,79%) Meta $\leq 15\%$
- ✓ 100% Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (se cumple con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (se cumple con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (se cumple con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) (se cumple con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Oportunidad en la entrega de facturas de empresas externalizadas a financiera. (se cumple con las 3 fechas establecidas)
- ✓ 100% Cobertura del programa de capacitación en cada uno de sus ejes. Meta 100%
- ✓ 100% Capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post ó informe) (100%) Meta $\geq 95\%$
- ✓ 100% Apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas (100%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales
- ✓ 100% Rotación del personal (5,04) Mín. 5, Est. 10, Máx. 15
- ✓ 100% Cobertura del plan de bienestar. Meta 100%
- ✓ 100% Informe de seguimiento al plan de trabajo SGSST revisado y aprobado
- ✓ 100% Resultado del clima organizacional presentado al comité directivo (Resultado de 80) Meta ≥ 70
- ✓ 100% Variación de los resultados de clima organizacional (7,92 puntos) Meta 3 puntos
- ✓ 100% Resultado de riesgo psicosocial presentado al comité directivo (Resultado de 50,4) Meta ≤ 56
- ✓ 100% Variación de los resultados de riesgo psicosocial (5,6 puntos) Meta 2 puntos
- ✓ 100% Informe de seguimiento a talleres de liderazgo e inteligencia emocional para coordinadores, líderes y profesionales de apoyo
- ✓ 100% Cobertura a talleres de liderazgo e inteligencia emocional para coordinadores, líderes y profesionales de apoyo (100%) Meta 85%
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (3,9) Meta 7,5
- ✓ 100% Índice frecuencia de accidentalidad institucional (sin covid) (2,98) Mín. 0,1, Est. 10, Máx. 15
- ✓ 100% Ausentismo por causas definidas (2,45%) Meta $\leq 5\%$
- ✓ 100% Índice de severidad (9,9) Meta 41
- ✓ 100% Índice de severidad (sin covid) (13,3) Mín. 0.5, Est. 50, Máx. 100
- ✓ 100% Diferencia en el índice de severidad de los accidentes (17,6) Meta 6
- ✓ 100% Implementación de la estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC (13 actividades ejecutadas de 13 programadas) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH. Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH. 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 (4,37 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (98,95%) Meta 100%
- ✓ 96% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (62,46 días en promedio) Mín. 50 días; Est. 55 días; Máx. 60 días
- ✓ 95% Ejecución presupuestal del programa de bienestar (\$ 1,115 millones ejecutados de \$ 1,174 millones)

	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 31	

- ✓ apropiados) Meta 100%
- ✓ 93% Satisfacción de las actividades del programa de bienestar (92,72%) Mín. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH. Meta 100%
- ✓ 90% Ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional (27 actividades realizadas de 30 programadas). Meta 100%
- ✓ 82% Ejecución de actividades del programa de bienestar (31 actividades ejecutadas de 38 programadas) Meta 100%
- ✓ 75% Implementación del procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC. Meta 100%.
- ✓ Observaciones: Actividades realizadas.
Programa de capacitación con gestión del conocimiento incorporado en cada vigencia
Seminario en gestión del conocimiento llevado a cabo el 23 de septiembre 2022. Pendiente seminario I semestre

Satisfactorio

- 67% Ejecución del plan de incentivos. Meta 100%
Observaciones:
Se llevaron a cabo 2 actividades de 3 programadas. No se dio incentivo para equipo de trabajo
- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 2 acciones de mejora programadas, las cuales no se cierran: 1 a cargo de Grupo Gestión de Bienestar y Capacitación. 1 a cargo de Grupo Gestión Ciclo de Vida Laboral
Noviembre: 4 acciones de mejora programadas y cerradas
Diciembre: 4 acciones de mejora programadas y cerradas
- 65% Cumplimiento 100% de los estándares que apliquen a talento humano (13 estándares cumplen de un total de 20) Meta 100%
- 61% Ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 252 millones
Ejecutado \$ 153 millones

Insuficiente

- × 50% Diferencia en el índice frecuencia de accidentalidad institucional (0,3) Meta 0,6
- × 47% Ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes. Meta 100%
Observaciones: 40 capacitaciones ejecutadas de 85 programadas.
- × 0% Variación porcentual de ausentismo por causas definidas. Meta 3,68%
Observaciones: El ausentismo para el año 2022 aumentó en 0,85%

No registra dato ni análisis

- × Porcentaje de implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa

	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 31	

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 43

Avanzado 37 (86%)

Satisfactorio 3 (7%)

Insuficiente 3 (7%)

Para el cuarto 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% Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud
- ✓ 100% Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud
- ✓ 100% Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas. Meta 100%
- ✓ 100% Evaluación de las tecnologías incorporadas. Meta 100%
- ✓ 100% Reducción de obsolescencia en los equipos biomédicos del INC (8,5%) Meta $\leq 10\%$
- ✓ 100% Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) actualizado código GTC-P02-PL-01
- ✓ 100% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 100% Plan de aseguramiento metrológico actualizado código GTC-P02-PL-02 v 2
- ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (6,88 días) Meta ≤ 7 días
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC (se realizó el estudio de factibilidad de modernización de las calderas) Meta 100% (estudios de factibilidad)
- ✓ 100% Reducción de consumo en los servicios de agua, energía y servicio de aseo con la implementación de seis (6) tecnologías. (28,31%) Meta 1%
- ✓ 100% Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC
- ✓ 100% Reordenamiento de puestos de trabajo (102,67%) Meta 100%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de alimentos a funcionarios, estudiantes y pacientes (97,71%) Min. 80%, Est. 90%, Max. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (98,35%) Min. 90%, Est. 90%, Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de vigilancia (99,9%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 100% Áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC (4 áreas ejecutadas de 4 programadas) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1,12 días) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (13,35 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Implementación de las modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras (sujetos a viabilidad) (99,12%) Meta 100%
- ✓ 99% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (99,26%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 98% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (98,37%) Meta 100%
- ✓ 98% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (98,22%) Min. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Ejecución del plan de aseguramiento metrológico (96,95%) 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 19 de 31	

- ✓ 93% Avance de actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica. Meta 100%
- ✓ 93% Avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC. Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC. Meta 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC Meta 100%
- ✓ 88% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (112 capacitaciones realizadas de 127 programadas) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 86% Cumplimiento de señalización integral e inclusiva (19 pisos señalizados de 22 programados) Meta 100%
- ✓ 83% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC Meta 100%
- ✓ 83% Cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a infraestructura (cumple 92 estándares de un total de 111) Meta 100%
- ✓ 79% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (78,94%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 78% Adquisición de tecnologías incorporadas (21 equipos adquiridos de 27 planeados) Meta 100%

Satisfactorio

- 74% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$28.290 millones
Ejecutado \$20.892 millones
- 71% Cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a dotación (cumple 29 estándares de un total de 41) Meta 100%
- 67% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 3 estudios previos programados, 1 sin entregar a cargo grupo gestión de mantenimiento
Noviembre: No tenía estudios previos programados
Diciembre: No tenía estudios previos programados

Insuficiente

- × 40% Ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC. Meta 100%
Observaciones:
Total apropiado \$ 27.312 millones
Ejecutado \$ 10.929 millones
- × 30% Número de licencias aprobadas de las requeridas para las obras. (1,5 licencias aprobadas) Meta 5
Observaciones:
Edificio Administrativo aprobación 11001-5 21-1343.
Edificio de Hospitalización (50% del área total de este edificio) con numero de resolución 17-3-1511
- × 19% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC. Meta 100%
Observaciones:
Octubre: 5 acciones de mejora programadas, 4 sin cerrar a cargo Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica E Infraestructura
Noviembre: 2 acciones de mejora programadas sin cerrar a cargo Grupo Gestión Ambiental y Soporte

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

Hotelero

Diciembre 13 acciones de mejora programadas, 8 sin cerrar: 7 a cargo de Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, 1 a cargo Grupo Gestión de Tecnología Clínica

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 24

Avanzado 24 (100%)

Para el cuarto 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% Cobertura de las capacitaciones en aplicación de Tablas de Retención Documental-TRD y manejo de archivo (246 funcionarios y colaboradores capacitados) Meta 200 funcionarios y colaboradores
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente administración de archivos. Meta 100%
- ✓ 100% Metros lineales organizados y transferidos de archivos (174 metros de archivos organizados y transferidos de un total de 130 programados) Meta 100%
- ✓ 100% Avance del cronograma de trabajo archivístico (8 actividades programadas y ejecutadas) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente Procesos de la Gestión documental. Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales (16 mecanismo implementados de 15 mecanismos programados) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de capacitaciones de la plataforma correo electrónico certificado PortalCert (80 funcionarios y colaboradores capacitados de 50 funcionarios y colaboradores programados) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente tecnológico del MGDA. 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. (5 actividades programadas y ejecutadas) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente cultural. Meta 100%
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA. Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD. Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD. Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD. Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD. Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente. 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 (14,33 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de correspondencia (147 funcionarios y colaboradores capacitados de 150 funcionarios y colaboradores programados). Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión (29 grupos de 30 programados) Meta 100%
- ✓ 80% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (8 consentimientos informados implementados de 10 consentimientos programados) 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 21 de 31	

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 31

Avanzado 28 (90%)

Insuficiente 3 (10%)

Para el cuarto trimestre de 2022, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ahorro estimado por austeridad y eficiencia (1,22%) Meta 0,2% del presupuesto total institucional
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Min. 0%, Est. 10%, Máx. 10%
- ✓ 100% Verificación de inventarios del Instituto (80,58%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Ingresos por fuentes alternas gestionadas (14,17%) Meta 2%
- ✓ 100% Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades iniciales (plan consolidado en octubre 2022). Meta 30 noviembre
- ✓ 100% Oportunidad en la emisión del plan anual de adquisiciones inicial (15 de diciembre 2022. Código GDG-P02-PL-01 v1)
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (15,58 días) Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (36,25 días) Mín. 30 días, Est. 40 días, Máx. 50 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (49,53 días) Mín. 40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (61,70 días) Mín. 50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 100% Mantener los modelos de productividad existentes (2019-2022) (6 modelos de productividad) Meta 4
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG. Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG. Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (13,01 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (966 ítems adjudicados de 977 ítems) Meta 100%
- ✓ 99% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (98,92%) Meta 100%
- ✓ 99% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (98,82%) Meta 100%
- ✓ 98% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (98,49%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG. Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG. Meta 100%
- ✓ 96% Ejecución pagos (pagos por \$ 377.498 millones de compromisos por \$ 394.797 millones). Meta 100%
- ✓ 95% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (Ejecutado \$ 239.213 millones de \$ 251.821 millones aprobado) Meta 100%
- ✓ 93% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento) (Ejecutado \$ 117.177 millones de \$ 125.739 millones aprobado) Meta 100%
- ✓ 88% Ejecución presupuestal (consolidado) (Ejecutado \$394.797 millones de \$448.629 millones aprobado) 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 22 de 31	

- ✓ 85% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (11 actividades ejecutadas de 13 programadas)
Meta 100%

Insuficiente

- × 54% Ejecución por concepto de gasto: inversión. Meta 100%
Observaciones:
Apropiado \$ 71.067 millones
Ejecutado \$ 38.406 millones
- × 50% Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad). Meta 4 modelos de productividad (acumulado 2019-2022)
Observaciones:
Para la vigencia 2019-2022 se desarrollaron 2 modelos. Año 2020 modelo oncología pediátrica y en 2021 modelo oncología clínica
- × 0% Proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia: Meta $\geq 10\%$ comparado con la vigencia anterior
Observaciones:
Disminución de \$ 26,000,000 presupuesto de inversión vigencia 2023

3.5 Gestión contable

Total indicadores 13
Avanzado 13 (100%)

Para el cuarto 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% 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) Meta 3
- ✓ 100% Declaraciones presentadas. Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO}
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO. Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO. Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (5,3 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web
- ✓ 94% Cumplimiento de prestaciones costeadas (305 prestaciones costeadas de 324 programadas). Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO. 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 23 de 31	

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 34
 Avanzado 31 (91%)
 Satisfactorio 2 (6%)
 Insuficiente 1 (3%)

Para el cuarto 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% Cumplimiento en las metas de facturación (115,81%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera. (10 actividades programadas y ejecutadas). Meta 100%
- ✓ 100% Conciliación de cartera con las ERP (230 cruces contables de 153 programados) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (2,51 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Conciliación de glosa (211%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (1,07%) Meta <=3%
- ✓ 100% Depuración de la glosa contable con corte a 2018. (\$ 81.162.056.496 depurados) Meta 100% acumulado 2019-2022
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (99,86%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (1,73 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Autorizaciones obtenidas (95,82%) Meta >=90%
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (107,55%: \$ 343.258 millones) Meta 100% \$ 319.158 millones
- ✓ 100% Número de convenios con entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud en áreas de educación, promoción, prevención y en general de salud pública (4 convenios vigencia 2019-2022) Meta >= 3 acumulado 2019-2022
- ✓ 100% Cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía. Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCM
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM. Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Mín.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM. Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM. 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 (5,68 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (98,87%) Mín. 90%; Est. 95%; Máx. 100%
- ✓ 99% Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras (99 actividades ejecutadas de 100 programadas) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM. Meta 100%
- ✓ 96% Ejecución del plan de mercadeo (77 actividades ejecutadas de 80 programadas) Meta 100%
- ✓ 94% Satisfacción de las aseguradoras (89,15%) Mín. 90%, Est. 92%, Máx. 95%
- ✓ 93% Ejecución del plan de intervención de glosa (26 actividades ejecutadas de 28 programadas) Meta 100%
- ✓ 88% Depuración la cartera (2019-2022). (211.522 millones depurados de 240.462 millones) Meta 100% acumulado 2019-2022
- ✓ 87% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (86,71%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx.100%
- ✓ 81% Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (13 actividades ejecutadas de 16 programadas) Meta 100%
- ✓ 80% Portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos (atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD) que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia (El portafolio no contiene información

	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 31	

- de venta de radiofármacos)
- ✓ 78% Depuración de la glosa contable a partir de 2019 (62,77% que equivale a \$ 18.314 millones depurados de \$ 29.177 millones) Meta $\geq 80\%$

Satisfactorio

- 67% Implementación de las estrategias comunicativas para el posicionamiento de las cirugías de alta complejidad. Meta 100%
Observaciones:
Se realizaron 4 estrategias de 6 programadas para la vigencia
- 63% Nuevos modelos de contratación aplicados a entidades. Meta 8 acumulados 2019-2022
Observaciones:
5 modelos de contratación para la vigencia 2019-2022

Insuficiente

- × 53% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales Meta 100%
Observaciones: [valor glosa respondida dentro de términos / valor objeciones recibida en el período]
Octubre (96%) = \$ 4.180.071.565 / \$ 4.346.331.182
Noviembre (40%) = \$ 2.318.180.055 / \$ 5.842.835.629
Diciembre (22%) = \$ 1.533.210.800 / \$ 6.943.574.634

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 24
Avanzado 23 (96%)
Insuficiente 1 (4%)

Para el cuarto 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% Documento PETI actualizado GTI-P01-PL-02
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Implementación de Gobierno de la Información (3 actividades programadas y ejecutadas) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de la infraestructura de TI (87 equipos instalados de 87 solicitudes) Meta 100%
- ✓ 100% Referenciación TI sector salud. (1 informe resultado de referenciación)
- ✓ 100% Renovación servicios de Telefonía en la nube (100%) Meta 50%
- ✓ 100% Renovación canales de Internet (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Realizar las actividades relacionadas con TI y seguridad de la información del proyecto de Instalación del nuevo acelerador de Radioterapia (3 actividades programadas y ejecutadas) Meta 100%
- ✓ 100% Renovación de servicios de Outsourcing TI (renovación del contrato de Outsourcing de servicios de TI, contrato de Prestación de servicios No. 410 de 2019) Meta 50%
- ✓ 100% Cumplimiento del Ejercicio de Gobierno de la información sobre interoperabilidad de historia clínica conforme a cronograma de avance SDS – MINSALUD (4 actividades programadas y ejecutadas) Meta 100%
- ✓ 100% Documento Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado GTI-P01-PL-01
- ✓ 100% Documento BIATI Actualizado
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTI
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI 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 25 de 31	

- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
 - ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI. 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 (10,9 días) Meta <= 15 días
 - ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI. Meta 100%
 - ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI. Meta 100%
 - ✓ 91% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma (29,12 actividades ejecutadas de 32 programadas) Meta 100%
 - ✓ 91% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (82.81 actividades ejecutadas de 91 programadas) Meta 100%
 - ✓ 83% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral. Meta 100%
 - ✓ 81% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral. Meta 100%
- Observaciones:
Apropiado \$ 1.075 millones
Ejecutado \$ 871 millones

Satisfactorio

- 65% Ampliación control de acceso áreas controladas Patología y Biología del cáncer. Meta 100%
- Observaciones:
Se realizaron 3,9 actividades de 6 programadas para la vigencia.
Pendiente:
Realizar la implementación y puesta en marcha
Cierre

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

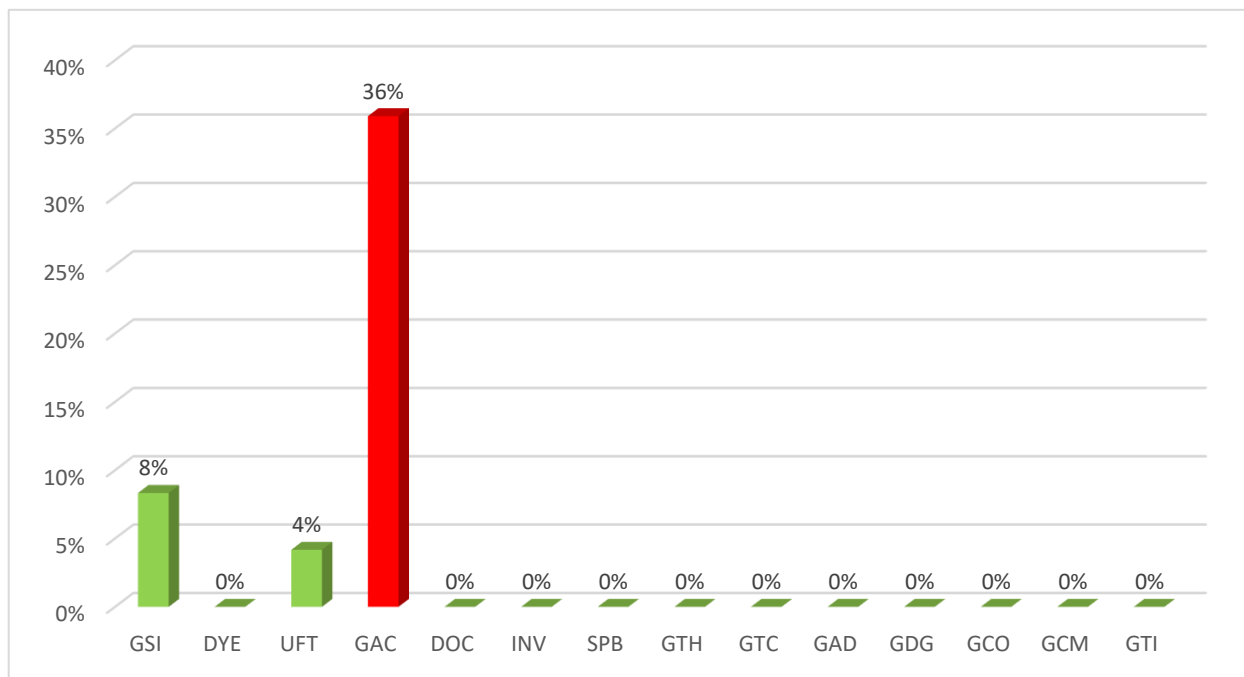
A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el cuarto trimestre 2022:

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

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

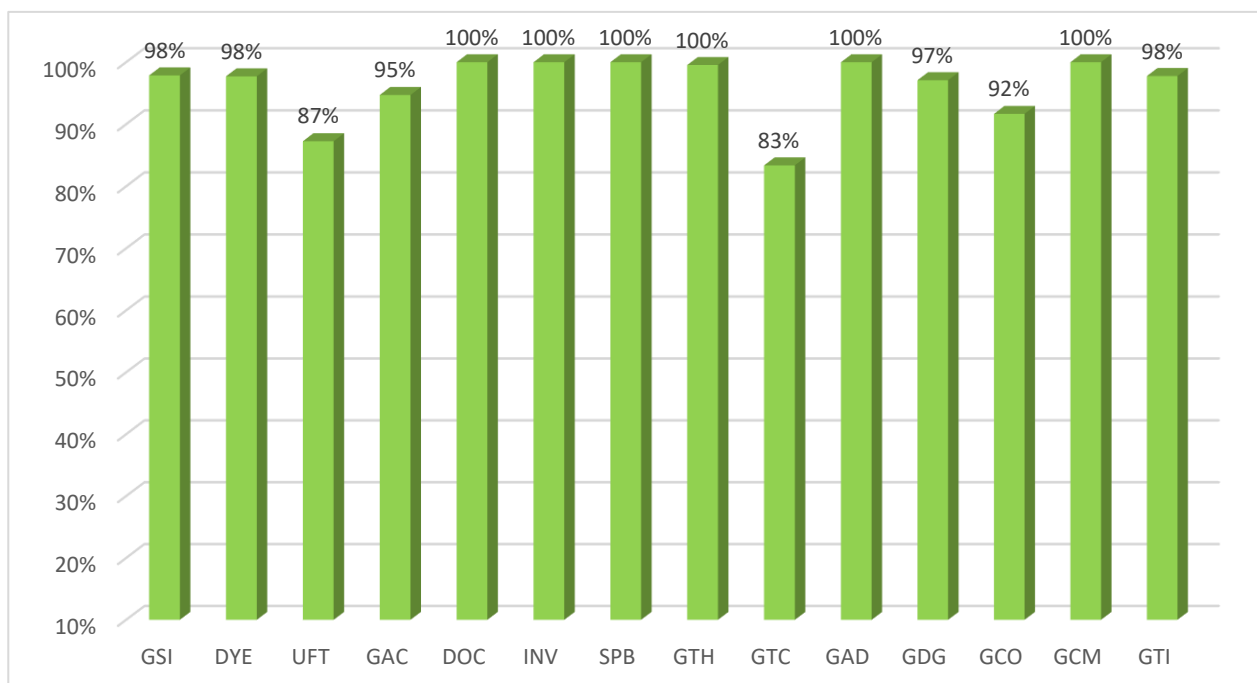


4.2 Porcentaje de riesgos materializados

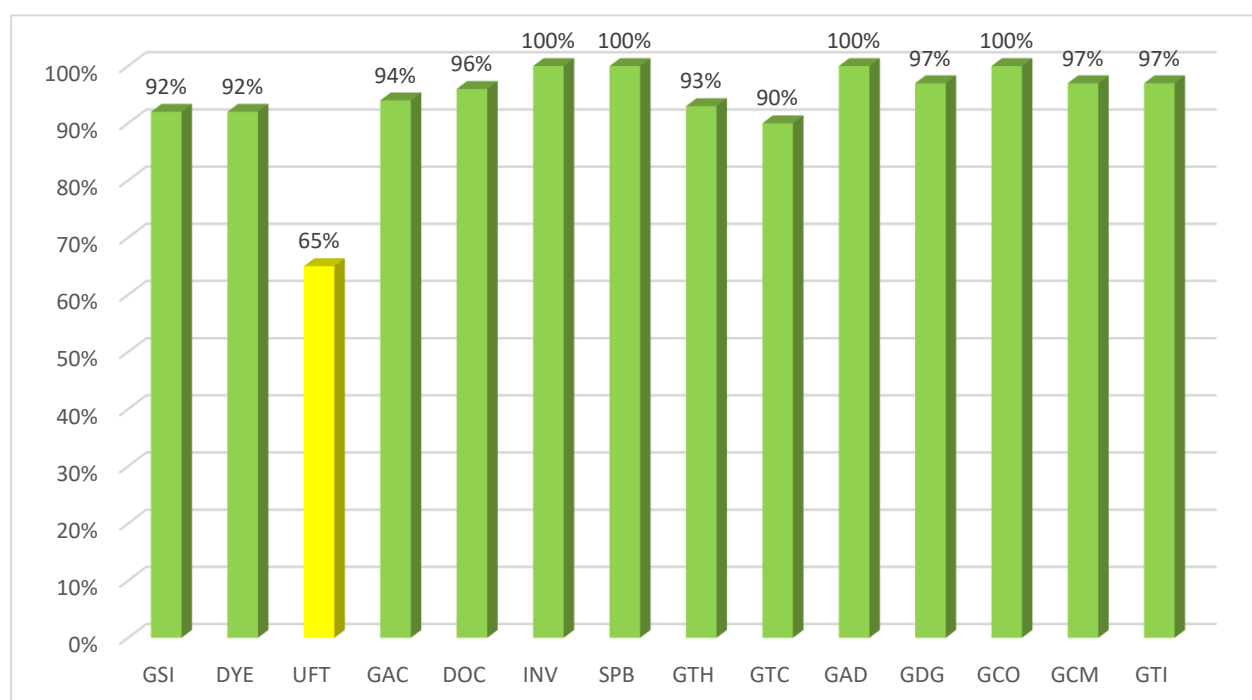


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 27 de 31	

4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

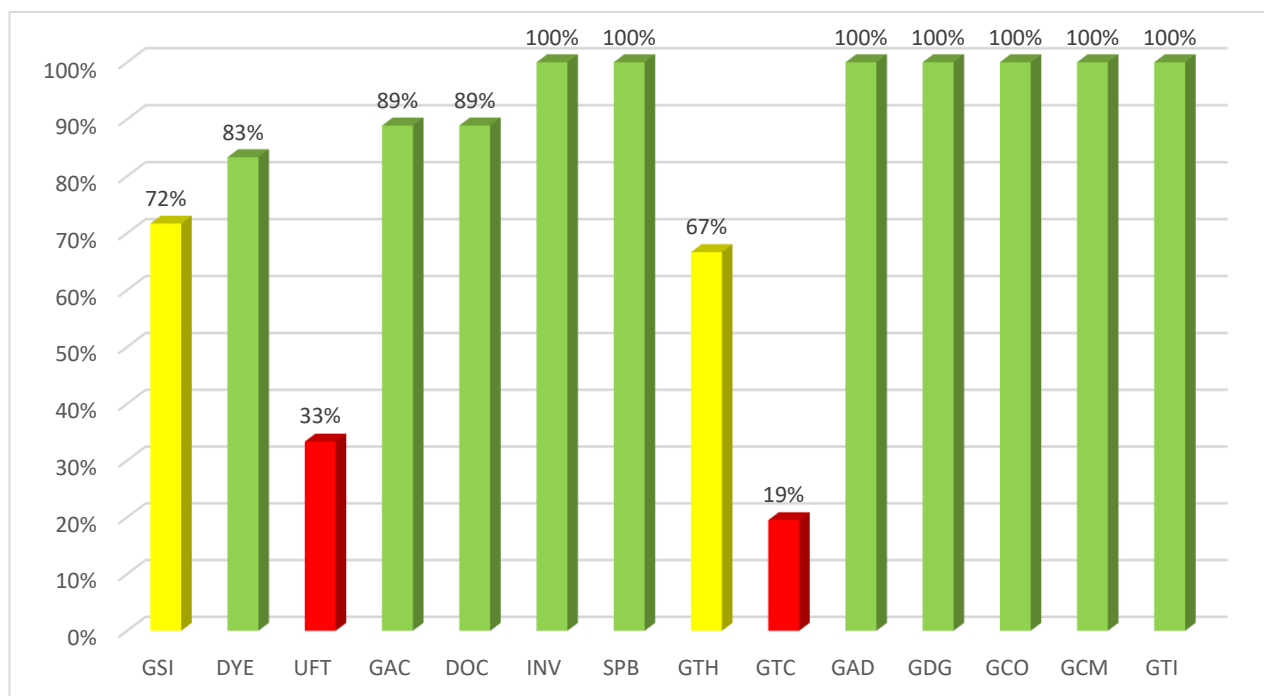


4.4 Oportunidad carga y análisis indicadores POA.



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

4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

Para el cuarto trimestre solo 3 procesos tenían programados ítems para entregar al grupo de compras y contratación:

Diagnóstico y estadificación: 0% cumplimiento
Gestión tecnología clínica e infraestructura: 67%
Gestión archivo y documental: 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 29 de 31	

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 30 de 31	

5. Resultados POA año 2022

PROCESO		% CUMPLIMIENTO POA I TRIMESTRE	% CUMPLIMIENTO POA II TRIMESTRE	% CUMPLIMIENTO POA III TRIMESTRE	% CUMPLIMIENTO POA IV TRIMESTRE	% CUMPLIMIENTO POA AÑO 2022
GSÍ	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	95%	88%	86%	95%	91%
DYE	Diagnóstico y Estadificación	87%	84%	76%	77%	81%
UFT	Unidades Funcionales de Tratamiento	78%	65%	73%	67%	71%
GAC	Gestión Apoyo Clínico	84%	84%	93%	94%	89%
DOC	Docencia	100%	99%	96%	96%	98%
INV	Investigación	90%	97%	94%	93%	94%
SPB	Salud Pública	99%	99%	97%	95%	98%
GTH	Gestión y Desarrollo del Talento Humano	90%	95%	95%	89%	92%
GTC	Gestión de Tecnología e Infraestructura	93%	81%	82%	90%	87%
GAD	Gestión de Archivo y Documental	100%	99%	96%	99%	99%
GDG	Gestión del Gasto	94%	96%	96%	92%	95%
GCO	Gestión Contable	85%	100%	90%	99%	93%
GCM	Gestión Comercial	95%	95%	96%	93%	95%
GTI	Gestión de la Tecnologías de Información	93%	90%	89%	96%	92%
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO TOTAL		92%	91%	90%	91%	91%

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que para la vigencia 2022 se obtuvo un cumplimiento de 91%, de los 14 procesos, 13 procesos con cumplimiento avanzado y 1 proceso cumplimiento satisfactorio.

CONCLUSIONES

El promedio del cumplimiento del POA para el IV 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 son:

- × Indicadores sin cargue
- × Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión
- × Entrega de estudios previos

Para la vigencia 2022 el cumplimiento del POA fue del 91%, donde 13 procesos obtuvieron cumplimiento avanzado y 1 proceso con cumplimiento satisfactorio



Elaborado por
Hedy Giovana Guerrero Corrales
Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y
Sistemas



Aprobado por
Adriana Patricia Hernández Baquero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

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

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

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