

	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:	19/09/2023
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual II trimestre 2023
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

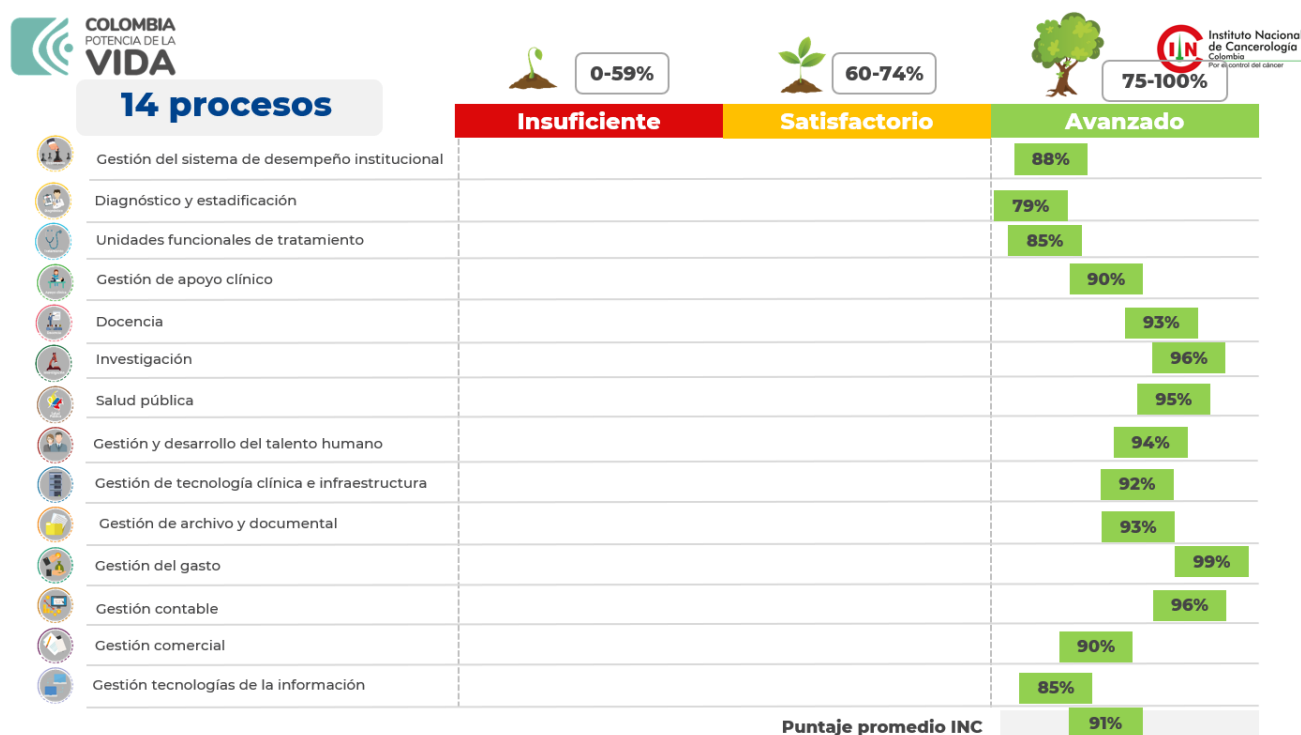
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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:	GSJ-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 II TRIMESTRE 2023



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

Para el II trimestre 2023 se evaluaron un total de 305 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 272 (89%)

Satisfactorio 6 (2%)

Insuficientes 27 (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 23

Avanzado 20 (87%)

Insuficiente 3 (13%)

Para el segundo trimestre de 2023 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%:

Avanzado

- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (14 PUM elaborados y remitidos)
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (100%) Mín. 90%, Est. 95%, 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 gestión de control interno disciplinario (100%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 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 el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso GSI (6,66 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de responsabilidad social (98,67%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,35%) Min. 85%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (96%) Meta 100%
- ✓ 91% Satisfacción de los usuarios pacientes (91,11%) Min. 85%, Est. 90%, Max. 100%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (88,93%) Meta 100%
- ✓ 86% Proporción de riesgos tratados en el INC (86,16%) Mín. 70%, Est. 80%, Máx. 100%
- ✓ 85% Cierre de acciones de mejora de acreditación (84,75%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%
- ✓ 84% Cumplimiento del plan de comunicaciones (84,2%) Mín. 80%, Est. 90%, Máx. 100%

Insuficiente

- × 50% estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 2 ítems programados trimestre, 1 sin entregar:
Asesoría de Calidad: Autoevaluación buenas prácticas de elaboración de radiofarmacia
- × 21% Efectividad de controles para mitigar los riesgos (20,62%) Mín. 2%, Est. 5%, Máx. 7%.
Observaciones: 120 controles de riesgos materializados de 582 controles definidos
Procesos que registran incumplimiento: GTC, GAC, UFT, GSI, DYE, DOC y GDG
De acuerdo con lo definido en comité directivo del día 19 de septiembre de 2023, se debe revisar la formulación del indicador. Se ajusta la calificación al resultado obtenido, de acuerdo con las observaciones realizadas en el Comité.

	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 24	

- × 22% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI
Observaciones: 12 programadas, 8 sin cerrar
- × 3 Asesoría de Calidad:
 - Elaborar y aplicar lista de chequeo para seguimiento a la gestión de los eventos adversos.
 - Realizar seguimiento al programa de inducción y reinducción frente al módulo de seguridad del paciente
 - Actualizar programa de seguridad del paciente adicionando el instructivo de seguimiento a la gestión del evento adverso e instructivo para el desarrollo del protocolo de Londres.
- × 2 Oficina asesora de planeación y sistemas
 - Actualizar plan de gerencia de la información con el plan estratégico de tecnologías de la información.
 - Presentar seguimiento a la ejecución al plan de comunicaciones
- × 3 Subdirección administrativa y financiera
 - Actualizar cronograma de inducción y capacitación de la junta Directiva para el año 2023. Acción de mejora programada para cierre oportuno para el mes de mayo de 2023, de acuerdo con la traza en SIAPINC esta acción de mejora ha sido reasignada en tres ocasiones, a la fecha no ha sido cerrada ya que el soporte cargado el día 29 de agosto fue rechazado por la oficina de control interno.
 - Documentar la metodología de autoevaluación de la junta directiva: Acción de mejora programada para cierre oportuno para el mes de mayo de 2023, de acuerdo con la traza en siapinc esta acción de mejora ha sido reasignada en dos ocasiones. Se cierra por parte de la oficina de control interno en el mes de julio de 2023 por lo cual el cierre es extemporáneo.
 - Consolidar la armonización con todas las empresas tercerizadas.

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 19
Avanzado 15 (79%)
Insuficiente 4 (21%)

Para el segundo de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 79%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,35%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (30,67 días) Mín. 15 días, Est. 20 días, Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (17,03 minutos) Mín. 5 min, Est. 15 min, Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (2,19 días) Mín. 3 días, Est. 8 días, Máx. 10 días
- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (1,99 días) Mín. 2 días, Est. 5 días, Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (2,17 días) Mín. 1 días, Est. 3 días, Máx. 5 días
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (26%) Meta 21%

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

Observaciones:

Total apropiado \$ 8.271 millones

Total ejecutado \$140 millones

Actividades: 40%

- ✓ 100% Riesgos materializados (6,67%) Min.0%, Est. 10%, Máx 20%
- ✓ Observaciones : en mayo 1 riesgo materializado : expedir resultados errados de estudios
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (98,78%) Meta 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (93,94%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (93,33%) Meta 100%
- ✓ 87% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (17,02 días) Meta <= 15 días (se califica proporcional)
- ✓ 78% 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 (38%) Meta 49%

Observaciones

Total apropiado \$ 248 millones

Total ejecutado 97 millones

Actividades: 35%

Insuficiente

- × 44% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE Meta 100%
- Observaciones: 14 acciones de mejora programadas en el trimestre, 6 sin cerrar:
- × Grupo Área Diagnóstico y Estadificación:
 - Realizar mesas de trabajo con servicios faltantes para definir los acuerdos de servicio.
 - Realizar solicitud al área de sistemas requiriendo soporte 24 horas para la solución de contingencias
 - Realizar solicitud a la Dirección general autorización para suscripción de contrato con proveedor externo de radiofármacos
- × 1 Elaboración de Medicamentos
 - Realizar solicitud a la Dirección general autorización para suscripción de contrato con proveedor externo de radiofármacos
- × 2 Patología Oncológica:
 - Solicitar al proveedor del software de cada incluir firma digital del profesional en los resultados
 - Actualizar instructivo para creación, registro y marcación de muestras
- × 0% Oportunidad en la toma del PET (41,5 días) Mín. 5 días, Est. 10 días, Máx. 15 días
- Causas: Aumento de paciente que viene a programar este tipo de estudio.
- × 0% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (16,5 días) Mín. 5 días, Est. 7 días, Máx. 9 días
- × Causas: El área de genética presenta un aumento significativo de pruebas y se ha venido presentando afectación en sus procesos, debido a la falta de continuidad del personal calificado
- × 0% Estudios previos del proceso entregados oportunamente. Meta 100%
- × Observaciones: 11 ítems programados en el trimestre sin entregar
- × 3 Patología Oncológica:
 - Publicación protocolos,
 - Contrato por producto red de cáncer hereditario,
 - Desarrollo de software para registro de variantes

	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	

- × 8 Radiofarmacia: Ciclotrón

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 26

Avanzado 24 (92%)

Insuficientes 2 (8%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%, A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (35,01) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (1,94) 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 (10,81 horas) Mín. 48 horas Est. 60 horas Máx. 72 horas
- ✓ 100% Aceptación de pacientes referidos (100%) Mín. 39% Est. 44% Máx. 59%
- ✓ 100% Proporción de quimioterapias canceladas (12,19%)
- ✓ 100% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales (1) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Razón de acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo (100%) Mín. 0.80 Est. 1.00 Máx. 2.00
- ✓ 100% Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería (99,91%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Actualización de los programas de enfermería (4 programas actualizados) Meta 4
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (5,64) Mín. 4 Est. 6 Máx. 8
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (13,04 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Satisfacción de los usuarios atendidos en los programas de enfermería (99,46%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 99% Pacientes captados por los programas de enfermería (99,29%) Mín. 75% Est. 85% Máx. 100%
- ✓ 98% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (98,35%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (98,3%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (96,82%) Meta 100%
- ✓ 94% Registro del dolor en la historia Clínica (93,82%) Mín. 50% Est. 75% Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,33%) Meta 100%
- ✓ 89% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (89,36%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 85% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (84,87%) Meta 100%
- ✓ 81% Estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente (80,73%) Meta 100%

Insuficiente

- × 0% Riesgos materializados (41,02%) Min.0% Est. 10% Max. 20%
Observaciones: riesgos materializados en el trimestre
 - Infecciones
 - Sobreocupación de GAICA
 - Ulceras por presión
 - Pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización

	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	

- Errores de medicación
- Comunicación no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención

× 0% Modelo de GAICA actualizado. No registra dato ni análisis

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 30

Avanzado 26 (87%)

Insuficiente 4 (13%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%. 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 (1,94) Mín. 1,5 Est. 3 Max. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (35,01) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,35%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (56 días) Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días (se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (25,33 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (23,33 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (26,67 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días (se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (11,17 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Re intervenciones quirúrgicas (1,34) Mín.1 Est. 3 Máx. 5
- ✓ 100% Cancelación de cirugías por causa atribuibles al INC (2,19%) Mín.4% Est. 6% Máx.8%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (44,74 días) Mín.30 días Est. 45 días Máx.55 días
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (247 promedio) Meta 120
- ✓ 100% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (40%) Meta 40%
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (76,97%) Meta 30%
- ✓ 100% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (74,29%) Meta 50%
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (52,59%) Meta 25%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso UFT (4,17%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones:
Abril 1 riesgo materializado: inadecuada planificación por errores de tratamiento en localización anatómica inadecuada
Mayo 1 riesgo materializado: incumplimiento de los objetivos establecidos por realizar procedimiento quirúrgico en sitio, órgano o paciente equivocado)
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas proceso UFT (1 día) Meta ≤ 5 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 8 de 24	

- ✓ 98% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (39%) Meta 40%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (96,67%) Meta 100%
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (87,31%) Meta 100%
- ✓ 86% Cirugía ambulatorias realizadas (36,04%) Mín. 37% Est. 39% Máx. 42%
- ✓ 80% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (72,02%) Mín.75% Est. 80% Máx.90%
- ✓ 80% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (80%) Meta 100%
- ✓ 75% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (75,48%) Mín. 60% Est.75% Máx.100%

Insuficiente

- × 41% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 16 acciones de mejora programadas en el trimestre 9 sin cerrar:
- × 6 Soporte oncológico:
 - Implementar estrategia programa de niño en movimiento (reiterativa)
 - Desarrollar las actividades del programa de prehabilitación a las unidades de ginecología y urología (reiterativa)
 - Solicitar inclusión en SAP EL CUPS para que los servicios de trabajo social y enfermería
 - Socializar protocolo contención mecánica e inmovilización del paciente pps-27 al grupo medico comando estratégico
- × 3 Nutrición y soporte metabólico:
 - Iniciar prueba piloto de tamizaje nutricional en pacientes de hematología.
 - Definir indicadores de cobertura de tamizaje nutricional y de implementación de plan nutricional (reiterativa)
 - Actualizar Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud” Paquete Instruccional- Prevención De La Malnutrición O Desnutrición” dando alcance al servicio de consulta externa
- × 7% Estudios previos entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 54 ítems programados en el trimestre 50 sin entregar:
 - × 19 Cabeza y Cuello. Instrumental
 - × 5 Ginecología. Instrumental
 - × 8 Urología. Instrumental
 - × 5 Gastroenterología. Instrumental
 - × 8 Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria. Instrumental
 - × 5 Oncología Radioterápica. Elementos de radioprotección, servicio de transporte de fuentes radiactivas, insumos
- × 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso UFT. (21,74 días Meta <= 15 días
Observaciones: 22 facturas para tramite en el trimestre
- × 0% Ficha mieloide crónica. No registra dato ni análisis

2.4 Docencia

Total, indicadores 20
Avanzado 18 (90%)
Satisfactorio 1 (5%)
Insuficiente 1 (5%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 24	

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC (83) Meta ≥ 50
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Docentes del INC con reconocimiento de la función (91,8%) Meta 75%
- ✓ 100% Docentes de planta del INC con clasificación docente (64,63%) Meta 50%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan de bienestar para el personal en formación documentado código DOC-P02-PL-01
- ✓ 100% Plan de desarrollo docente del INC código DOC-P01-PL-01
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación (95,57%) Meta 80%

- ✓ 100% Riesgos materializados (4,76%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones :
Mayo 1 riesgo materializado Incumplimiento de los objetivos establecidos por no formar al talento humano en oncología

- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta ≤ 5 días
- ✓ 99% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (98,98%) Min 80% Est. 90% Max.100%
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (97,25%) Min 80% Est. 90% Max.100%
- ✓ 97% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (77,65%) Meta 80%
- 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (93,33%) Meta 100%

Satisfactorio

- 73% Conocimiento, percepción y satisfacción de los funcionarios con la relación docencia servicio del INC (65,53%) Min 70% Est. 80% Max.90%
Observaciones: Encuesta aplicada a 36 funcionarios. Con los siguientes resultados
 - Conocimiento 56%
 - Percepción 77%
 - Satisfacción 66%

Insuficiente

- × 0% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores. (23 días) Meta ≤ 15 días
Observaciones: 7 facturas para trámite en el trimestre

2.5 Investigación

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

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

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos nuevos extrainstitucionales patrocinados por la industria por parte de comité de ética (25 días) Meta 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación nuevos no patrocinados por la industria por parte de comité de ética (28,3 días) Meta 50 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (16,48 días) Min 35 Est 45 Max 55
- ✓ 100% Actividades académicas dirigidas a los investigadores de la Red (actividad llevada a cabo 17 de mayo de 2023 participación de 44 integrantes) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (58%) Meta 40%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso INV (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (15,66 días) Meta <= 15 días
- ✓ 88% Avance de las actividades del macroproyecto de investigación (35%) Meta 40%
- ✓ 88% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (88,23%) Meta 100%

Insuficiente

- × 59% Ejecución del macroproyecto de investigación (30,74%) Meta 52%
Observaciones:
Total apropiado \$3.833 millones
Ejecutado \$1.178 millones
Causas:
 - Demoras en contratación talento humano
 - Materiales y suministros pendientes por adjudicación
 - Atraso en la recepción de reactivos y procesamiento de muestras

2.6 Salud pública

Total indicadores 16
Avanzado 14 (87%)
Satisfactorio 2 (13%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 95%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% MoVidas comunitaria para promoción de la actividad física como factor protector para reducción del riesgo de cáncer (día del cáncer, cáncer infantil, cáncer de mama, cáncer de cuello y tabaco) (3 MoVidas) Meta 3

	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% MoVidas de comunicación pública dirigida a población general, orientadas a estimular el consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable, mediante canales institucionales y digitales (PUBLINC). (17 entidades territoriales)
- ✓ 100% Boletines legislativos y políticos con información relevante para el control del cáncer (1 boletín) Meta 1
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas (1. Barranquilla, sede CACE pediátrico. 2. CECAC San Martín Barranquilla. 3. Clínica de Maicao) Meta 3
- ✓ 100% Supervivencia Global Institucional (Seguimiento cohorte año 2019 para cáncer de mama) 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% Estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (4,5 días) Meta <= 15 días
- ✓ 90% Implementación de los convenios firmados en el año 2022 (45%) Meta 50%

Satisfactorio

- 67% Actividades de educación comunitaria realizadas en el periodo (2 actividades) Meta 3
Observaciones:
Empresa Cattleya Model. Tema cáncer de mama y cérvix. Día 29 de marzo. 10 participantes.
Empresa Medicina Preventiva. Tema, cáncer de mama, piel y próstata. Día 25 de abril, 63 participantes.
- 62% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública (23%) Meta 37%
Observaciones
 - Total apropiado \$ 4.833 millones
 - Total ejecutado \$729 millones
 - 45% ejecución presupuestal. Ejecución actividades 78%

Causas:

- Demoras en contratación talento humano
- Realización de viajes programados
- Pendiente adición contrato del aliado estratégico de eventos
- Contratación de bienes y servicios.

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 27
Avanzado 24 (89%)
Satisfactorio 2 (7%)
Insuficiente 1 (4%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 94%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

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

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (61,08 días) Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días. Se aplica 10% adicional sobre la meta
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (65,8 días) Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días. Se aplica 10% adicional sobre la meta
- ✓ 100% Convocatorias desiertas (5.66%) Meta $\leq 5\%$
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (se cumple con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (se cumple con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Nación) (se cumple con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados) se cumple con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Oportunidad en la entrega de facturas de empresas externalizadas a financiera. (se cumple con las 3 fechas programadas)
- ✓ 100% Capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post ó informe) (100%) Meta $\geq 95\%$
- ✓ 100% Rotación del personal (7,64) Mín. 5 Est. 10 Máx. 15
- ✓ 100% Matriz de seguimiento a la gestión de los artículos pactados en el acuerdo sindical y convención colectiva
- ✓ 100% Oportunidad en la elaboración y expedición de actos administrativos. (2,34 días) Meta 5 días hábiles
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de clima y riesgos (100%) Meta 50%
- ✓ 100% Implementación de las estrategias de hábitos de vida saludables (incluye cesación tabáquica) y espacios de trabajo seguros (93%) Meta 50%
- ✓ 100% Frecuencia de accidentalidad en el INC - R-0312 (0,16) Mín. 0.25 Est. 0.62 Máx. 1.12
- ✓ 100% Severidad de accidentalidad en el INC- R-0312 (0,24) Mín. 1.00 Est. 5.00 Máx. 10.00
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (4,63 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 98% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (98,37%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH (98,48%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH (92,86%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTH (91,66%) Meta 100%

Satisfactorio

- 68% Ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (20,39%) Meta 30%
Observaciones:
Total apropiado \$ 348. 820 millones
Total ejecutado \$ 71.113 millones
Parte de las capacitaciones presupuestadas han sido realizadas por convenio docencia, como por el SENA
- 63% Ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (18,75%) Meta 30%
Observaciones:
El programa de capacitación se empezó a ejecutar desde el mes de abril por lo tanto no se ejecutaron todas las actividades programadas

	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 24	

Insuficiente

- × 25% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso Meta 100%
Observaciones: Para el trimestre 3 acciones de mejora programas, 2 sin cerrar:
- × Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano
 - Presentar informe de las estrategias del paquete instruccional prevenir el cansancio en el personal de salud
- × Ciclo de Vida Laboral
 - Solicitar a los terceros el listado de colaboradores que han realizado la reinducción

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 26

Avanzado 24 (92%)

Insuficiente 2 (8%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 92%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento del plan de metrología (100%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (12,06%) Meta 12%
- ✓ 100% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (99,78%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (6,65 días) Meta <= 7 días
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes)
- ✓ 100% Seguimiento al diagnóstico reordenamiento de puestos de trabajo
- ✓ 100% Informe seguimiento aprobación de PRM de acuerdo con el PEMP
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Alimentos a funcionarios, Estudiantes y Pacientes (97,27%) Min. 80% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (99,13%) Min. 90% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99,58%) Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de vigilancia (99,7%) Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (16,63 días) Meta <= 15 días (se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 97% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades (96,83%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 97% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (97,28%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (30%) Meta 31%
- ✓ 97% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC (31%) Meta 32%

	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 24	

- ✓ 96% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (95,5%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (92,79%) Mets 100%
- ✓ 88% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (44%) Meta 50%
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (86,65%) Meta 100%
- ✓ 78% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (77,52%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%

Insuficiente

- × 29 % Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (29,16%) Meta 100%
Observaciones: 24 acciones de mejora programadas, 16 sin cerrar:
- × 6 mantenimiento.
 - Solicitar aclaración de PAF sobre los valores inferiores dentro del informe de calificación 2022.
 - Corregir nivel de poceta cuarto Hospitalización
 - Adquirir equipo electrónico para medir saturación de filtros
 - Ejecutar tratamiento de fisuras, arreglo de estuco, pintura del servicio en general.
 - Reparar poliurea sobre placa de cubierta piso 8 hospitalización.
 - Realizar mesas de trabajo con comunicaciones para actualizar las rutas internas para el servicio de consulta externa.
- × 6 Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura:
 - Instalar en los accesos de central de mezclas planos actualizados con flujos de personal y materiales.
 - Realizar ajuste de monitores para visualizar número de cubículo
 - Implementar formato ficha técnica de aires acondicionados.
 - Diseñar estrategia de medios al cliente externo para adecuada segregación de residuos y reciclaje.
 - Retroalimentar a los funcionarios de las actualizaciones de formatos del área.
 - Reuniones de seguimiento quincenal al contrato del servicio de alimentación.
- × Grupo Gestión de Ingeniería Clínica:
 - Ajuste de los rangos de temperatura
 - Realizar capacitación a los funcionarios de banco de sangre para verificación de alarmas
 - Realizar diagnóstico de los rangos de temperatura
 - Realizar mantenimiento correctivo de las alarmas.
- × 23% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (23.28%) Meta 100%
Observaciones: 110 ítems programados, 86 sin entregar
- × 8 Grupo Área gestión tecnología clínica e infraestructura: Interventora integral a todos los contratos de obras y obras para habilitación
- × 72 Ingeniería Clínica. Equipos biomédicos y calibraciones
- × 6 Mantenimiento: Mantenimientos preventivos y correctivo

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 17
Avanzado 16 (94%)
Insuficiente 1 (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 15 de 24	

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 93%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Diagnóstico integral de archivo actualizado
- ✓ 100% Avance del cronograma de trabajo Archivístico (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Diagnostico contractual documental de la herramienta INCompra
- ✓ 100% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA (2 boletines) Meta 2
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 199%
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% 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% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7,77 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Programa de gestión documental actualizado (programa código GAD-P01-PG01)
- ✓ 87% Expedientes contractuales cerrados del archivo central digitalizados años 2017 – 2018 (43,42%) Meta 50%

Insuficiente

- × 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD. Meta 100%
- Observaciones: 1 acción de mejora programada sin cerrar:
- Construcción de estructura de árboles y socialización de política de clasificación y marcado de información electrónica para Sharepoint y One Drive

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 19
Avanzado 19 (100%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 99%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (63,64%) Meta 50%
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Min. 0% Est. 10% Máx. 10%
- ✓ 100% Ingresos por fuentes alternas gestionadas (4,22%) Meta 1%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (40,54%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (54,55%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (41,49%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (42,22%) Meta 20%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 16 de 24	

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (37,44%) Meta 30%
- ✓ 100% Ejecución presupuestal (consolidado) (54,96%) Meta 40%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (48,61%) Meta 40%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (80,24%) Meta 40%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (2,56%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
Observaciones : Junio 1 riesgo materializado
Posibilidad de duplicidad de pagos por errores en la verificación de transacciones económicas
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (8,5 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Estrategia acuerdo de precios
- ✓ 94% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (93,7%) Meta 100%
- ✓ 80% Estrategias de mejora para los informes presupuestales

3.5 Gestión contable

Total indicadores 16

Avanzado 15 (94%)

Insuficiente 1 (19%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Reporte y análisis integral de costos incluyendo rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicio
- ✓ 100% Cumplimiento de prestaciones costeadas (70,33%) Meta 50%
- ✓ 100% Informe de seguimiento de las facturas (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 100% Informe integral del centro de costos de docencia (ingresos y gastos)
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Dictamen de revisoría fiscal (dictamen sin salvedades)
- ✓ 100% Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas
- ✓ 100% Informe sobre factibilidad destinación específica del ingreso por donaciones
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (3,46 días) Meta <= 15 días
- ✓ 90% Estados financieros presentados y publicados en la página web (pendiente publicar estados financieros de mayo)

Insuficiente

- × 41% Utilidad neta del INC (3,3%) Meta >=8%
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	

Valor utilidad neta \$ 14,496,672,604
Ingresos totales \$ 439,016,919,497

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 28
Avanzado 25 (89%)
Satisfactorio 1 (4%)
Insuficiente 2 (7%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 90%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (144,68%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan integral de cartera (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de las metas de recaudo para el período (143,59%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (78%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (2,31 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Glosa recibida (12,41%) Mín. 10% Est. 15% Máx.25%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (100%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (0,28%) Meta <=3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (1día) Meta <=5 días
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (52,79%) Meta 50%
- ✓ 100% Contratos activos y legalizados (95,10%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 90%
- ✓ 100% Portafolio integral de servicios actualizado
- ✓ 100% Evaluación a la respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (8,59 días) Meta <= 15 días
- ✓ 92% Conciliación de cartera con las ERP (91,55%) Meta 100%
- ✓ 88% Ejecución del plan de mercadeo (43,84%) Meta 50%
- ✓ 88% Ejecución del esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (43,75%) Meta 50%
- ✓ 86% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (85,89%) Mín. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 86% Satisfacción de las aseguradoras (86,26%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 76% Autorizaciones obtenidas (67,98%) >=90%

Satisfactorio

- 69% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (68,51%) Meta 100%
Causas:
 - Demora en consecución información de la dispensación de Medicamentos NO PBS
 - Anulaciones y correcciones por parte de la EPS
 - Correcciones en códigos cumis del mipres
 - Desarrollo de transacciones en SAP para verificación y corrección de dispensación de mipres.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 24	

Insuficiente

- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
- × Observaciones: 5 acciones de mejora programadas en el trimestre, 2 mejora sin cerrar:
- × Grupo Área Gestión Comercial:
 - Incluir en la minuta contractual del acuerdo de voluntades, la atención integral en cuanto a la valoración y/o manejo por odontología
- × Facturación:
 - Definir un indicador de reporte de servicios no autorizados para el INC y entregado al grupo de mercadeo para socializar con la EPS
- × 0% Estudios previos entregados oportunamente Meta 100%
- × Observaciones: 2 ítems programados sin entregar
 - 1 Facturación: Proceso de facturación integral
 - 1 Cartera: Servicio de cartera

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 23

Avanzado 18 (78%)

Insuficiente 5 (22%)

Para el segundo trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma (54%) Meta 50%
- ✓ 100% Informe de Identificación y definición de una solución Tecnológica transversal de respaldo de información.
- ✓ 100% Evaluación de viabilidad automatización ausentismo e historia clínica ocupacional
- ✓ 100% Documento de Ejercicio de DATACENTER
- ✓ 100% Informe de Identificación y definición Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente
- ✓ 100% Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada
- ✓ 100% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (50%) Meta 50%
- ✓ 100% Informe de Implementación Herramienta XDR (Detección y respuesta extendida ante incidentes de Seguridad información)
- ✓ 100% Estrategia global de Respaldo de la Información
- ✓ 100% Estrategia de autenticación unificada para los sistemas de información
- ✓ 100% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (40%) Meta 40%
- ✓ 100% Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas.
- ✓ 100% Riesgos materializados (3,92%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ Observaciones : Abril 2 riesgos materializados : pérdida de integridad de la información, inadecuado suministro/entrega de productos y/o servicios)
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (16,59%) Meta <= 15 días (se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (97,67%) Meta 100%
- ✓ 92% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI

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

Insuficiente

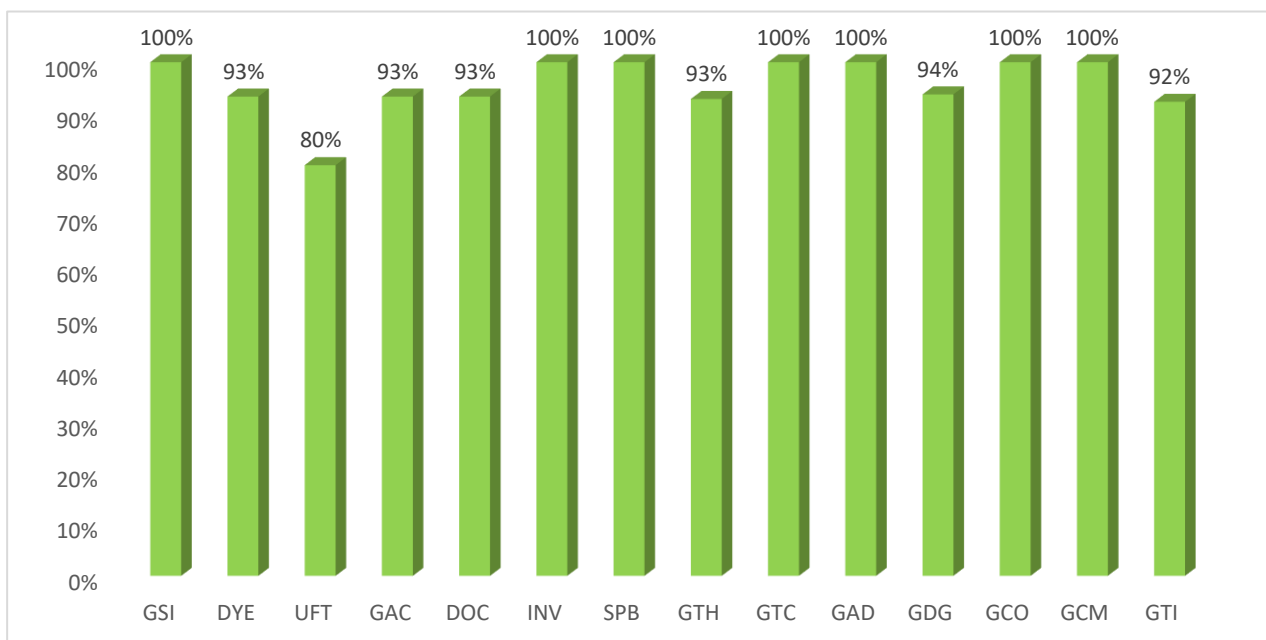
- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 2 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar:
Grupo Área Gestión Tecnologías de la Información:
- Documentar y socializar mecanismo para marcación de alertas de maltrato infantil, violencia sexual e intrafamiliar en el sistema SAP
- × 50% Plan de Transformación Digital como estrategia de la Dirección INC
Documento no ha sido aprobado por comité ni se encuentra codificado en siapinc
- × 50% Plan de Adopción a la nube.
Documento no ha sido aprobado por comité ni se encuentra codificado en siapinc
- × 13% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral (3,98%) Meta 31%
Observaciones:
Total apropiado \$ 3,249 millones
Total ejecutado \$ 129 millones
Causas: Demora en trámites de los contratos
- × 13% Estudios previos entregados oportunamente Meta 100%
- × Observaciones: 22 ítems programados en el trimestre, 16 sin entregar
- × 13 Aplicaciones:
 - Desarrollos de automatización de procesos
 - SIAPINC - Soporte y mantenimiento al sistema
 - Soporte y mantenimiento para el portal WEB
 - Mantenimiento licencias.
- × 3 soporte Redes y Hardware
 - Mantenimiento licenciamiento sistema de control de acceso
 - Interoperabilidad de la historia clínica
 - Mantenimiento licenciamiento de redes

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

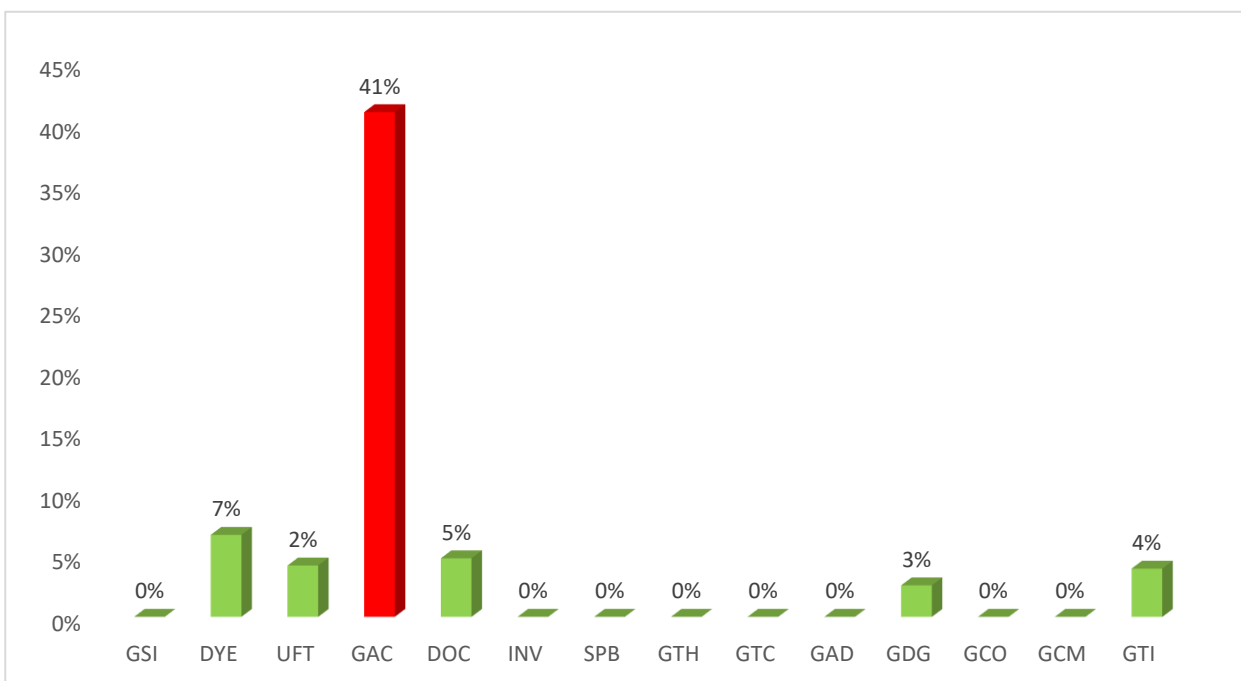
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el segundo trimestre 2023:

	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	

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos



4.2 Porcentaje de riesgos materializados

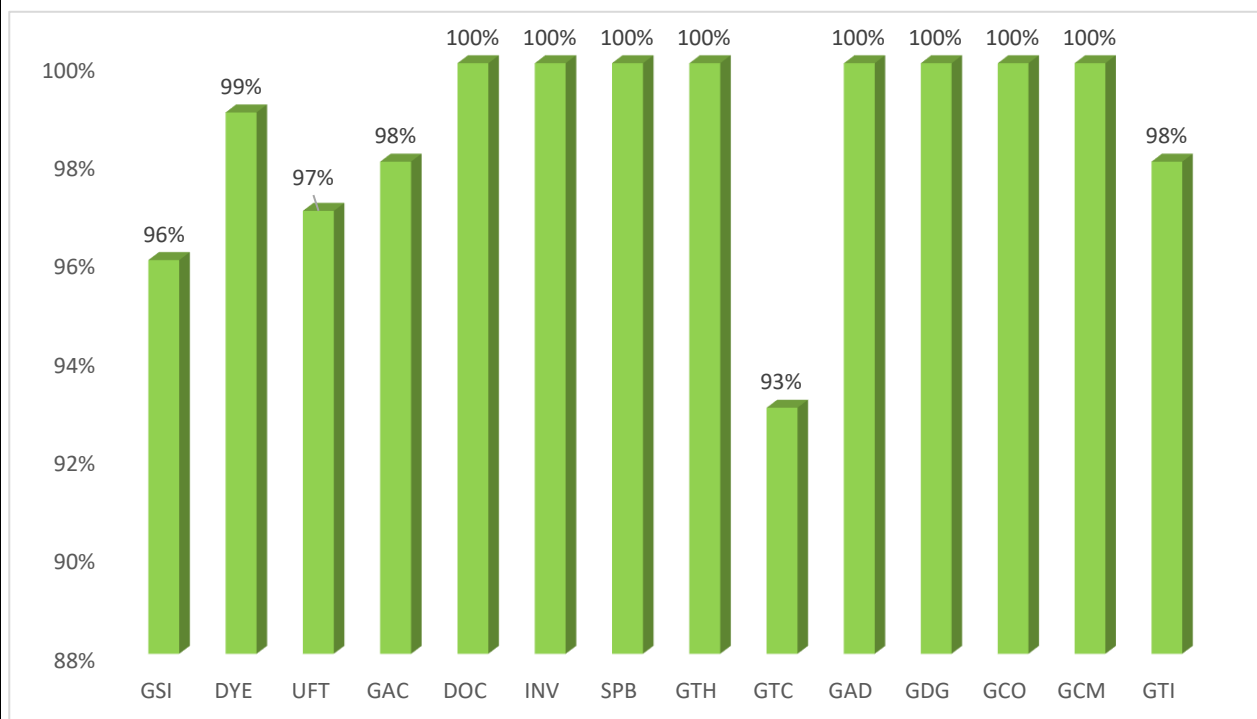


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 21 de 24			

4.3 Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso

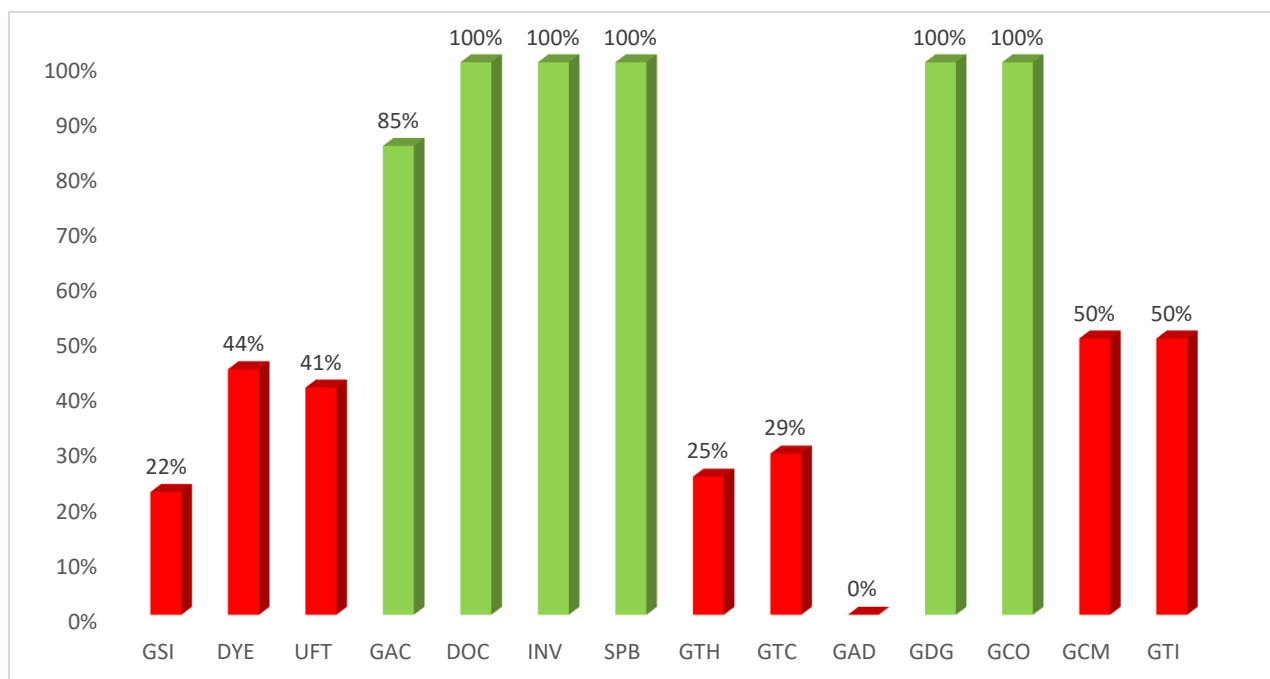


4.4 Oportunidad cargue y análisis indicadores POA.

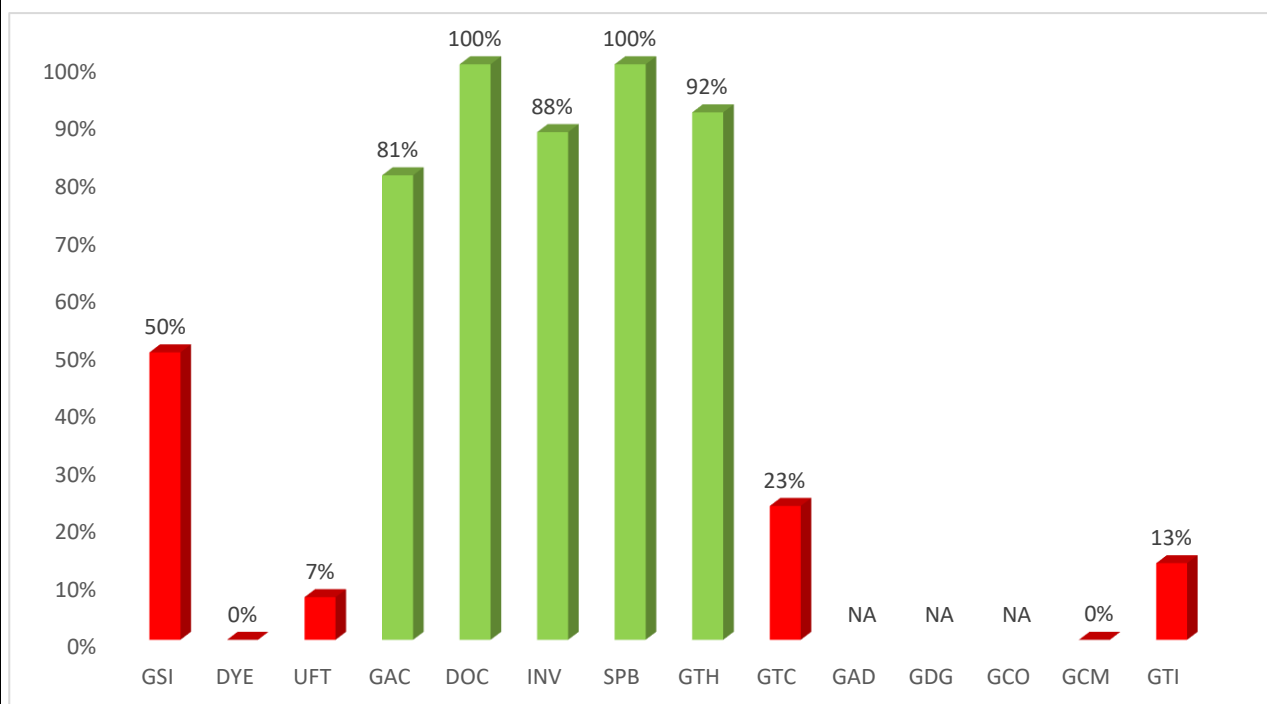


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 22 de 24	

4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

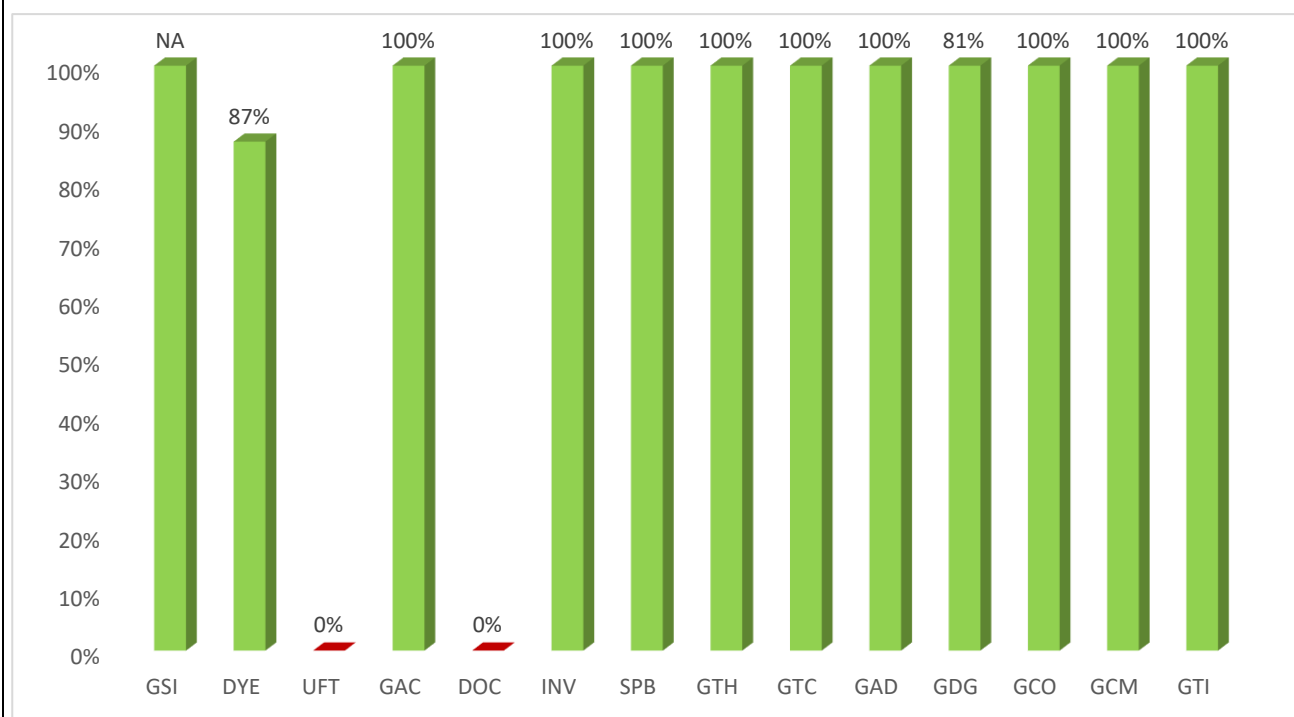


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 23 de 24			

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:	GSÍ-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 II trimestre 2023 fue del 91%; los 14 procesos obtuvieron cumplimiento avanzado. Principales actividades que quedaron con resultados insuficientes son: ✕ Cierre de acciones de mejora ✕ Entrega de estudios previos	
Elaborado por Hedy Giovana Guerrero Correales Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Revisado por Dairys Yulieth Barrios Bonilla Profesional Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Aprobado Revisado por Adriana Patricia Hernández Baquero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	

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

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

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