

	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:	14/11/2023
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual III trimestre 2023 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.....	23

RESUMEN

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

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

1. METODOLOGÍA

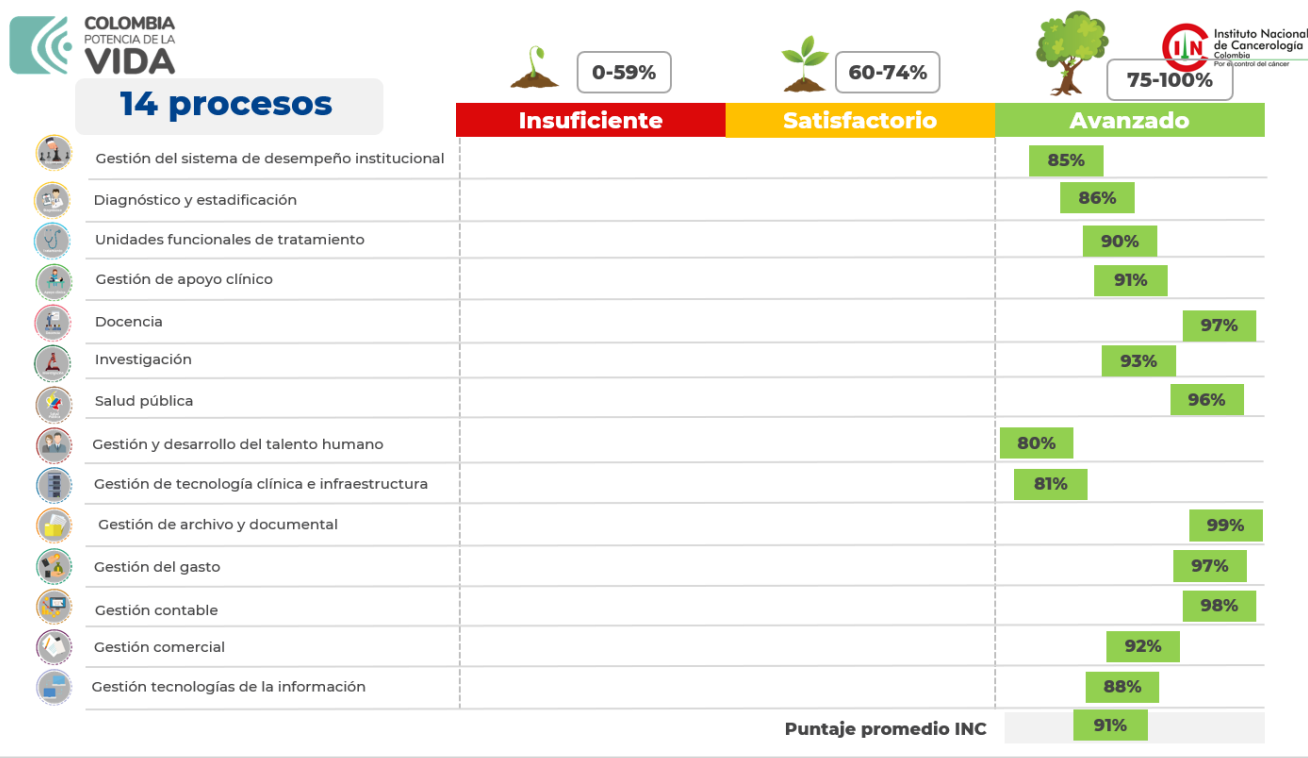
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

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

2. RESULTADOS III TRIMESTRE 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 III trimestre 2023 se evaluaron un total de 296 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 263 (89%)

Satisfactorio 11 (4%)

Insuficientes 22 (7%)

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

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

DESARROLLO DEL INFORME

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Total, indicadores 26

Avanzado 21 (80%)

Satisfactorio 2 (8%)

Insuficiente 3 (12%)

Para el tercer trimestre de 2023 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 85%:

Avanzado

- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (PUM elaborado y remitido por correo)
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos tratados en el INC (100%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia (ficha actualizada a septiembre)
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (11,11%) Mín. 0% Est. 10% Máx. 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas Proceso GSI (1 día) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso GSI (4,95 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 97% Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) (82,6) Meta ≥ 85
- ✓ 97% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,66%) Mín. 85% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 96% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (95,83%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (96%) Meta 100%
- ✓ 92% Satisfacción de los usuarios pacientes (92,41%) Mín. 85% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 91% Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) (81,6) Meta ≥ 90
- ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (90,23%) Meta 100%
- ✓ 90% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI (90,39%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 88% Nivel de conocimiento de los planes priorizados (88,2%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 85% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (84,62%) Meta 100%
- ✓ 84% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI (83,64%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 77% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales (77,17%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Satisfactorio

- 73% Cierre de acciones de mejora de acreditación. (72,5) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
Observaciones: 40 acciones de mejora programadas, 29 cerradas y 11 abiertas las cuales pertenecen al grupo de autoevaluación de cliente asistencial
- 72% Cumplimiento del plan de comunicaciones. (71,5%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 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 4 de 24	

Observaciones : Seguimiento de la Pagina web 78%

Cumplimiento de piezas graficas en la línea de comunicación organizacional y la línea de comunicación para pacientes y visitantes cumplimiento menor al 60%. Esto se debe a que varias solicitudes de estas líneas quedaron pendientes por observaciones de los solicitantes

Insuficiente

- × Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales (32,98%)
Mín. 70% Est. 75% Máx.80%
Observaciones: 565 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de políticas de un total de 1713
- × 21% Cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados (17,06%)
Mín. 70% Est. 75% Máx.80%
Observaciones: 397 funcionarios y colaboradores diligenciaron la encuesta de planes de un total de 2327
- × 20% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI
Observaciones: Para el mes de julio 5 acciones de mejora programadas: 4 sin cerrar oportunamente.
- × Asesoría de Calidad (2 acciones de mejora sin cierre oportuno)
 - Implementar mecanismos de socialización del documento de comunicación al paciente y su familia de eventos adversos
 - Participar en los EPM de servicios ambulatorios socializando los riesgos de seguridad del paciente
- × Oficina asesora de planeación y sistemas (1 acción de mejora sin cierre oportuno)
 - Incluir en el plan de comunicaciones producto de divulgación del direccionamiento estratégico
- × Subdirección administrativa y financiera (1 acción de mejora sin cierre oportuno)
 - Avanzar el estudio de factibilidad de la estrategia del modelo GRD

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 23

Avanzado 19 (83%)

Satisfactorio 1 (4%)

Insuficiente 3 (13%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 86%. 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) (96,31%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Avance de actividades proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer (70%) Meta 70%
- ✓ 100% Avance de actividades del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (70%) Meta 70%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (13,7%) Meta 1%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 24	

- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (244%) Meta 36%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (27,67 días) Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (13,71 minutos) Mín. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min
- ✓ 100% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (2,08 días) Mín. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días
- ✓ 100% Oportunidad de lectura de servicios de imagenología (2,36 días) Mín. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días
- ✓ 100% Riesgos materializados (6,67%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta 1 día)
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (9,32 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (99%) Meta 100%
- ✓ 93% 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 (79%) Meta 85%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (93%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (93,10%) Meta 100%
- ✓ 85% Ejecución de presupuesto 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 (84,74%) Meta 100%
- ✓ 78% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE (78,43%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 74% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE. (74,31%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Insuficiente

- × 57% Estudios previos del proceso entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 9 ítems programados en el trimestre sin entregar, 6 sin entregar
- × 5 grupo radiofarmacia: tiquetes investigadores principal, servicio técnico transferencia de conocimiento /licencia comercial
- × 1 grupo Medicina Nuclear: protección plomada bombas de infusión para terapias radiometabólicas
- × 0% Oportunidad en la toma del PET (46,88 días) Mín. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días
Causas: Aumento de paciente que viene a programar este tipo de estudio y el daño del equipo ciclotrón
- × 0% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (19,33 días) Mín. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días
Causas: Aumento en el número de pruebas, ausencia por vacaciones de algunos de los médicos especialistas, aumento del número de estudios reportados y así mismo los tiempos de oportunidad del área de Patología Quirúrgica

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 23

Avanzado 21 (91%)

Satisfactorio 1 (4%)

Insuficiente 1 (4%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 6 de 24	

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 91%, A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (39,23) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,05) 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 (21 minutos) Mín. 20 min Est. 30 min Max. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (20,72 horas) Mín. 48 horas Est. 60 horas Máx. 72 horas
- ✓ 100% Aceptación de pacientes referidos (100%) Mín. 39% Est. 44% Máx. 59%
- ✓ 100% Respuesta de solicitudes de remisión en el periodo (100%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Proporción de quimioterapias canceladas (11,26%) Mín. 10% Est. 15% Máx. 20%
- ✓ 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 (100%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (4,47) Mín. 4 Est. 6 Máx. 8
- ✓ 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 (10,98 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Satisfacción de los usuarios atendidos en los programas de enfermería (99,42%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 99% Pacientes captados por los programas de enfermería (99,46%) Mín. 75% Est. 85% Máx. 100%
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (99%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (97,17%) Meta 100%
- ✓ 90% Registro del dolor en la historia Clínica (90,44%) Mín. 50% Est. 75% Máx. 100%
- ✓ 90% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (89,55%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (86,66%) Meta 100%
- ✓ 86% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (86,11%) Meta 100%
- ✓ 81% nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC (81,11%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Satisfactorio

- 65% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC (64,62%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- × 0% Riesgos materializados (35,90%) Min.0% Est. 10% Max. 20%
Observaciones: riesgos materializados en el trimestre
 - Infecciones
 - Sobreocupación de GAICA
 - Ulceras por presión
 - Errores de medicación
 - Comunicación no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención
 - Caída de pacientes
 - Fallas de los procedimientos desde la donación de la sangre o plaquetas, el procesamiento, liberación y administración de hemocomponentes

	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	

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 31
 Avanzado 27 (87%)
 Satisfactorio 3 (10%)
 Insuficiente 1 (3%)

Para el tercer 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% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (2,05) Mín. 1,5 Est. 3 Max. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (39,23) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,31%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (54,33 días) Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o 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 quimioterapia (mediana) (18,33 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (8 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas (1,6) Mín. 1 Est. 3 Máx. 5
- ✓ 100% Cancelación de cirugías por causa atribuibles al INC (4,36%) Mín. 4% Est. 6% Máx. 8%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (49,26 días) Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Documento de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer (documento codificado UFT-P06-M-12)
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (265 fotoféresis en promedio en el trimestre) Meta 120
- ✓ 100% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (70%) Meta 70%
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (81,47%) Meta 50%
- ✓ 100% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (105%) Meta 70% 80%
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (52,31%) Meta 35%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso UFT (10,42%) Min. 0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas proceso UFT (1 día) Meta ≤ 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores proceso UFT (8,56 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (69%) Meta 70%
- ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (90%) Meta 90%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (89,47%) Meta 100%
- ✓ 87% Cirugía ambulatorias realizadas (36,7%) Mín. 37% Est. 39% Máx. 42%
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (86,67%) Meta 100%
- ✓ 83% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (29,33 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días (se califica proporcional)
- ✓ 82% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT (82,25%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 24	

- ✓ 76% Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (75,89%) Mín. 60% Est.75% Máx.100%

Satisfactorio

- 74% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (66,78%) Mín.75% Est. 80% Máx.90%
Observaciones: Julio porcentaje utilización salas 65%: 1183 horas utilizadas de 1824 horas disponibles
Agosto porcentaje utilización salas 68%: 1359 horas utilizadas de 1992 horas disponibles
Septiembre porcentaje utilización salas 67%: 1340 horas utilizadas de 1992 disponibles, en un mes
- 72% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT (71,8%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- 60% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT Meta 100%
Observaciones: Para el trimestre 20 acciones de mejora programadas, 8 sin cerrar:
- Grupo Área Soporte Oncológico (4 acciones de mejora sin cierre oportuno)
 - Creación del indicador de cobertura del programa de rehabilitación
 - Documentar el abordaje integral de víctimas del conflicto armado
 - Revisar y realizar ajustes protocolos o documentos de cada subgrupo de soporte
 - Socialización a través de diferentes estrategias de comunicación los protocolos, guías o documentos del grupo de soporte oncológico
- Grupo Nutrición Soporte Metabólico (1 acción de mejora sin cierre oportuno)
 - Iniciar prueba piloto de tamizaje nutricional en pacientes de hematología.
- Unidad funcional de Dermatología: (3 acciones de mejora sin cierre oportuno)
 - Actualizar y socializar protocolo de procedimiento en salud para realizar crioterapia
 - Crear infografía inducción para unidad funcional de dermatología - INC

Insuficiente

- × 0% Estudios previos entregados oportunamente. Meta 100%
Observaciones: 1 ítem programado para el trimestre sin entregar a cargo de Grupo Área Unidades Médicas: Integración módulos de registro de las mediciones de calidad de vida relacionadas con la salud en SAP

2.4 Docencia

Total, indicadores 15
Avanzado 15 (100%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (100%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución comités docencia servicio (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Informe de autoevaluación de requisitos para hospital universitario según la norma vigente
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (99,8%) Min 80% Est. 90% Max.100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 24	

- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (4,76%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 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% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (4 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC (98%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (96,53%) Min 80% Est. 90% Max.100%
- ✓ 92% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (73,61%) Meta 80%
- ✓ 91% Conocimiento, percepción y satisfacción de los funcionarios con la relación docencia servicio del INC (81,65%) Min 70%, Est. 80%, Max.90%
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC (85%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%

2.5 Investigación

Total, indicadores 12

Avanzado 11 (92%)

Insuficiente 1 (8%)

Para el tercer 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% Informe de avance aplicativo de productividad científica desarrollado
- ✓ 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% 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 (11,39 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV (98%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (68%) Meta 70%
- ✓ 95% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV (94,61%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 92% Avance de las actividades del macroproyecto de investigación (55%) Meta 60%
- ✓ 88% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV (87,93%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%

Insuficiente

- × 51% Ejecución del macroproyecto de investigación (43,83%) Meta 86%

Observaciones:

Total apropiado \$3.833 millones

Meta al III trimestre \$ 3.288 millones (86%)

Ejecutado \$1.680 millones (44%)

Causas:

- Demoras en contratación talento humano
- Materiales y suministros pendientes por adjudicación

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

- Atraso en la recepción de reactivos y procesamiento de muestras

2.6 Salud pública

Total indicadores 17

Avanzado 16 (94%)

Satisfactorio 1 (6%)

Para el tercer 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% 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).
- ✓ 100% Documentos técnicos con la postura institucional dirigidos a temas de coyuntura política para el control del cáncer (2) Meta 2
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa (2) Meta 2
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas (3) Meta 3
- ✓ 100% Supervivencia Global Institucional (2 estimaciones) Meta 2
- ✓ 100% Cursos presenciales de fortalecimiento de capacidades de prevención y detección temprana realizadas en el periodo (6 cursos) Meta 4
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública (71%) Meta 55%
- ✓ 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 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 el trámite de las facturas por parte de los supervisores (8,42 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB (97,48%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 93% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB (93%) Min. 80% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 75% Actividades de educación comunitaria realizadas en el periodo (3 actividades) Meta 4

Satisfactorio

- 70% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB. Meta 100%

Observaciones:

5 indicadores programados, 3 sin análisis oportuno:

Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública (no cuenta con análisis oportuno; sin embargo, el resultado fue del 92.8% con respecto a la meta)

Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto Plan decenal de salud pública (no cuenta con análisis oportuno; sin embargo, el resultado fue del 100% con respecto a la meta)

Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto Plan decenal de salud pública. (no cuenta con análisis oportuno; sin embargo, el resultado fue del 100% con respecto a la meta)

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

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 21
 Avanzado 16 (76%)
 Satisfactorio 1 (5%)
 Insuficiente 4 (19%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 80%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (47,67 días) Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad de liquidación de salario personal de planta (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% Oportunidad en la elaboración y expedición de actos administrativos. (1,99 días) Meta 5 días hábiles
- ✓ 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 (0,97) Mín. 1.00 Est. 5.00 Máx. 10.00
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 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 (4,66 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (98%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTH (97,22%) Meta 100%
- ✓ 84% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTH (83,85%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 82% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH (82,08%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Satisfactorio

- 67% Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios (Se cumple con las 2 fechas de 3 programadas)
 Observaciones: Julio: Se entregó nómina de supernumerarios, con dos días hábiles vencido, por inconvenientes presentados con el sistema SAP, generados por cambio en la liquidación de Prima de Servicios

Insuficiente

- × 50% Documento de intervención para fortalecimiento cultura organizacional
 Observaciones: A la fecha se está terminando de tomar la encuesta de medición de cultura de la cual saldrá el informe y el respectivo plan de intervención
- × 11% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH. 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 12 de 24	

Observaciones: Para el trimestre 5 acciones de mejora programadas; 4 sin cerrar:

- × Grupo Área de Gestión y Desarrollo del Talento Humano:
 - Consolidar capacidad instalada del talento humano institucional
 - Contar con el banco de hojas de vida por servicio con todos los soportes pertinentes.
 - Establecer estrategias de registro y actualización masiva para RETHUS al personal faltante
 - Presentar en comité directivo el resultado de implementación plan de agresiones
- × 0% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. (71,31 días hábiles) Mín. 50 días, Est. 55 días Máx. 60 días
Observaciones: 19 procesos para un total de 1355 días hábiles
- × 0% Matriz de seguimiento a la gestión de los artículos pactados en el acuerdo sindical y convención colectiva
No registra dato ni análisis

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 31

Avanzado 24 (77%)

Satisfactorio 2 (7%)

Insuficiente 5 (16%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 81%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (100%)
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (41%) Meta 14%
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (88%) Meta 44%
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Informe seguimiento 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 (97,5%) Min. 80% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (99,64%) Min. 90% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 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 (1 día) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (12,56 días) <= 15 días
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99,01%) Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 99% Satisfacción del servicio de vigilancia (99,43%) Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 99% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (74%) Meta 75%
- ✓ 99% Cumplimiento del plan de metrología (99,17%) Min. 90% Est. 95% Max. 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 13 de 24	

- ✓ 98% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (98,44%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 97% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades (97,03%) Min. 90%, Est. 95%, Max. 100%
- ✓ 96% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC (95,75%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 88% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (88%) Meta 100%
- ✓ 86% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC (43%) Meta 50%
- ✓ 80% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC (80%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 76% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (75,62%) Mín. 90%, Est. 95%, Máx. 100%
- ✓ 75% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (8,79 días) Meta <= 7 días (se califica proporcional)

Satisfactorio

- 68% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (67,74%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
Observaciones: legalización de contratos, disponibilidad de los servicios, demoras en adquisición de repuestos necesarios para el mantenimiento, equipos no ubicados, equipos sin soporte de ejecución
- 66% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC (66,30%) Meta 100%
Observaciones: Para el trimestre 47 indicadores programados, 15 sin cargue oportuno

Insuficiente

- × 39 % Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC (38,39%) Meta 100%
Observaciones: 7 acciones de mejora programadas, 4 sin cerrar:
- × Grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura (2 acciones de mejora sin cierre oportuno)
 - Hacer evidente la asistencia de los supervisores de los servicios tercerizados en las actas de los EPM de ambiente físico
 - Realizar referenciación del proceso de muestreo para tanques de almacenamiento de agua.
- × Grupo gestión de ingeniería clínica (1 acción de mejora sin cierre oportuno)
 - Socialización de manejo y lectura de termómetros y termohigrómetros en los servicios donde hay carro de paro.
- × Grupo gestión ambiental y soporte hotelero (1 acción de mejora sin cierre oportuno)
 - Realizar capacitación en manejo de residuos químicos, residuos cortopunzantes y el rotulado de los recipientes
- × 36% Estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente (35.63%) Meta 100%
Observaciones: 33 ítems programados, 20 sin entregar:
- × 9 grupo área gestión de tecnología clínica e infraestructura: obras para habilitación, obras de reordenamiento, adecuación y construcción para liberación de espacios, dotación logística.
- × 1 grupo gestión de ingeniería clínica: Unidad de crioterapia broncoscópica

	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	

- × 10 grupo gestión de mantenimiento: validación sistema de aire, repuestos, mantenimiento gas natural y calderas
- × **0% No registra dato ni análisis**
- × Evaluación de viabilidad para desarrollo de protocolos de calificación propios y laboratorio de metrología
- × Evaluación de viabilidad para creación de laboratorio para el mantenimiento de equipos institucional
- × Manual de imagen institucional de espacios físicos de infraestructura

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 14
Avanzado 14 (100%)

Para el tercer 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% Avance del cronograma de trabajo Archivístico (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudio con el diseño, verificación de las capacidades de los sistemas de información SGDEA del mercado, requisitos funcionales, ficha técnica y modelo a contratar
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA (1 boletín) Meta 1
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Mín.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD (100%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (8,38 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD (96,88%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 86% Expedientes contractuales cerrados del archivo central digitalizados años 2017 – 2018 (64,61%) Meta 75%

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 24
Avanzado 24 (100%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 97%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (81,82%) Meta 75%
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (0%) Min. 0% Est. 10% Máx. 10%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (70,32%) Meta 60%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (68,18%) Meta 60%

	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 24	

- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (79,08%) Meta 60%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (62,43%) Meta 50%
- ✓ 100% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (60,62%) Meta 60%
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (24,35 días) Min.15 días Est. 20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (55,28 días) Min.30 días Est. 40 días Máx. 50 días (Se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (58,47 días) Min.40 días, Est. 50 días, Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (49,40 días) Min.50 días, Est. 60 días, Máx. 70 días.
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto : operación comercial (86,73%) Meta 80%
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: inversión (37,2%) Meta 15%
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente (100%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (97%) Meta 100%
- ✓ 88% Ejecución presupuestal (consolidado) (70%) Meta 80%
- ✓ 88% Ejecución por concepto de gastos : funcionamiento (70,60%) Meta 80%
- ✓ 88% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG (88,17%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 85% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG (84,62%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 83% Cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos (82,5%) Meta 100%

3.5 Gestión contable

Total indicadores 13
Avanzado 13 (100%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 98%. 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 (133%) Meta 75%
- ✓ 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% Estados financieros presentados y publicados en la página web
- ✓ 100% Declaraciones presentadas (100%) Meta 100%
- ✓ 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% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (1,19 días) Meta <= 15 días

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

- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (98%) Meta 100%
- ✓ 96% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO (95,75%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 80% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO (80%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 28

Avanzado 26 (93%)

Insuficiente 2 (7%)

Para el tercer 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 en las metas de facturación (118,71%) 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 (113,31%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (78,94%) Meta 60%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (1,79 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Glosa recibida (17,02%) Mín. 10% Est. 15% Máx. 25%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (81,17%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (0,30%) Meta <=3%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (1,26 días) Meta <=5 días
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (80,81%) Meta 75%
- ✓ 100% Contratos activos y legalizados (99,02%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 90%
- ✓ 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% 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 (6,52 días) Meta <= 15 días
- ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (96%) Meta 100%
- ✓ 95% Conciliación de cartera con las ERP (95,17%) Meta 100%
- ✓ 92% Ejecución del esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (68,75%) Meta 75%
- ✓ 92% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCM (92,31%) Meta 100%
- ✓ 91% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCM (90,75%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 90% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (89,55%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 89% Ejecución del plan de mercadeo (67,12%) Meta 75%
- ✓ 84% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM (84,35%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 80% Autorizaciones obtenidas (72,19%) Meta >=90%

Insuficiente

- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
- × Observaciones: 2 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar oportunamente
- × Facturación:
 - Seguimiento al trabajo realizado por los navegadores (Plantilla de registro diario)

	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	

- × 30% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (30,34%) Meta 100%
- Dificultades:
- Demora en la consecución de la 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 pendientes para verificación y corrección de ID dispensación de MIPRES.

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 18

Avanzado 16 (89%)

Insuficiente 2 (11%)

Para el tercer trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 88%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Catalogo de sistemas de información (Catalogo disponible en siapinc código GTI-P01-M-11 v2)
- ✓ 100% Catalogo de servicios tecnológicos (Catalogo disponible en siapinc código GTI-P01-M-10 v2)
- ✓ 100% Documento de actualización de Catalogo de Infraestructura TI
- ✓ 100% Informe de Arquitectura de interoperabilidad e integración de sistemas de información para gestionar servicios internos y al paciente
- ✓ 100% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (75%) Meta 75%
- ✓ 100% Ejercicio Hacking Ético Pagina web
- ✓ 100% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (70%) Meta 70%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 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 (13,92 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI (97,09%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (93%) Meta 100%
- ✓ 92% Nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI (92,22%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (90,11%) Meta 100%
- ✓ 90% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (90%) Meta 100%
- ✓ 83% Estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente (83,33%) Meta 100%

Insuficiente

- × 35% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral (15,50%) Meta 44%
 Total apropiado \$ 3,249 millones
 Meta al III trimestre \$ 1.445 millones (44%)
 Total ejecutado \$ 504 millones (15,5%)
 Causas: Demora en trámites de los contratos
- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
 Observaciones: Para el trimestre 4 acciones de mejora para cerrar oportunamente

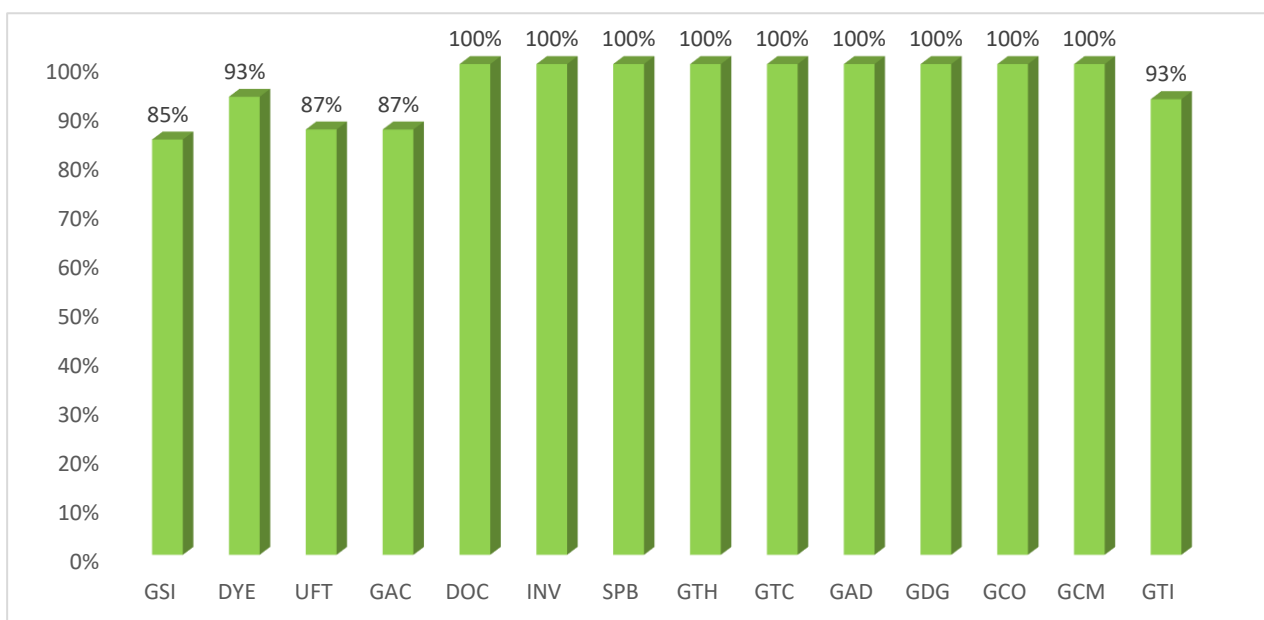
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 18 de 24			

- × Grupo Área Gestión Tecnologías de la Información:
 - Presentar informe diagnóstico del estado de las interfases de los sistemas ante el comité directivo.
 - Socializar en el comité directivo el plan de gobierno de dato y presentar en comité de MIPG el resultado del indicador definido en el plan.
 - Presentar resultados semestralmente del indicador de contingencia informática
 - Seguimiento y análisis de los planes de contingencias informáticas

4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

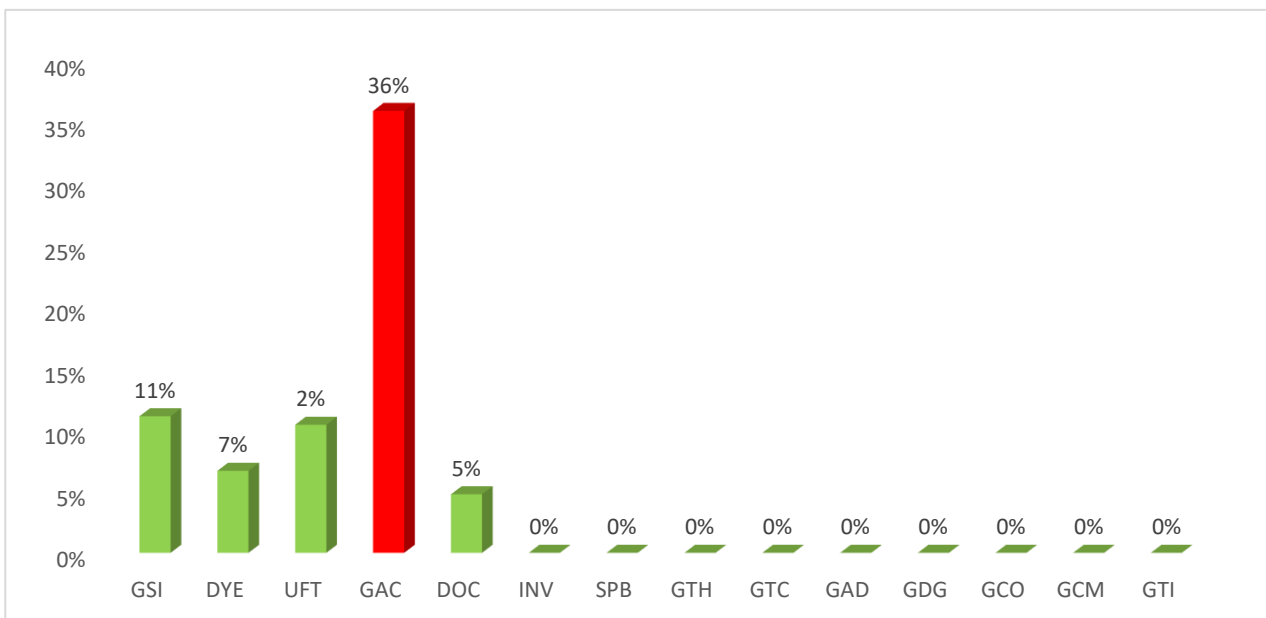
A continuación, se relación el cumplimiento general de los indicadores transversales para el tercer trimestre 2023:

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos



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

4.2 Porcentaje de riesgos materializados

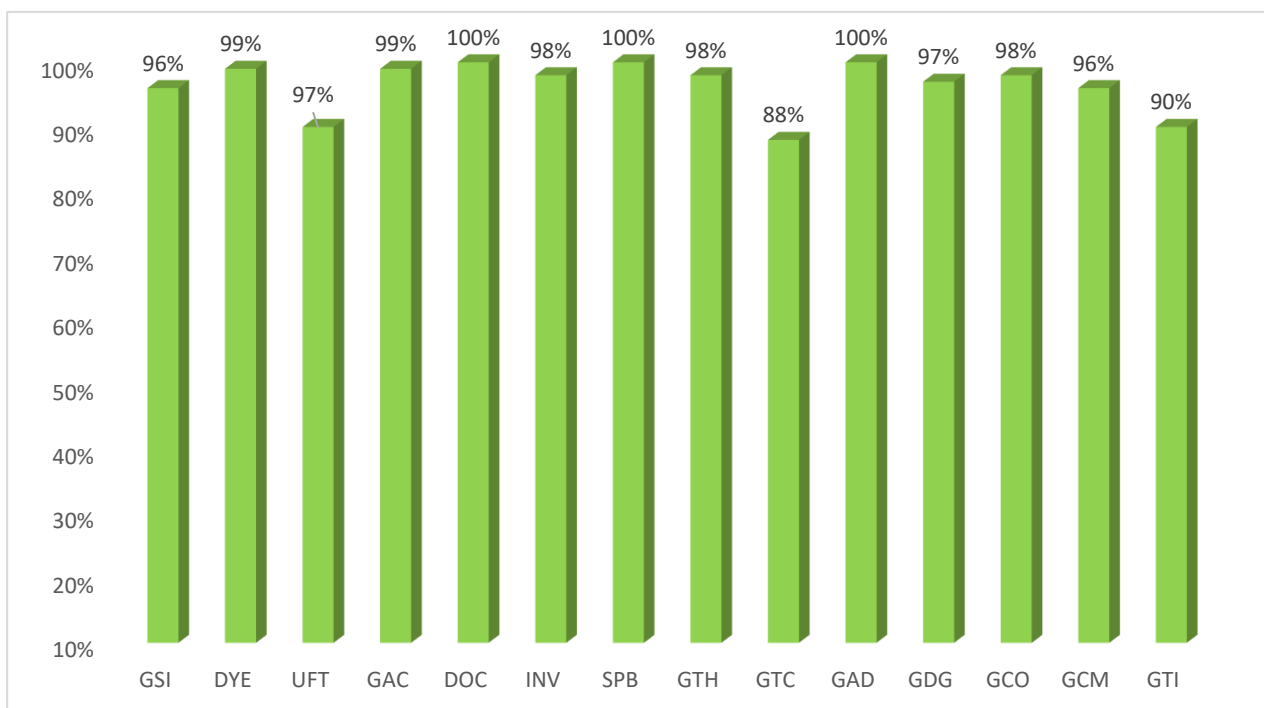


4.3 Oportunidad carga y análisis indicadores de proceso

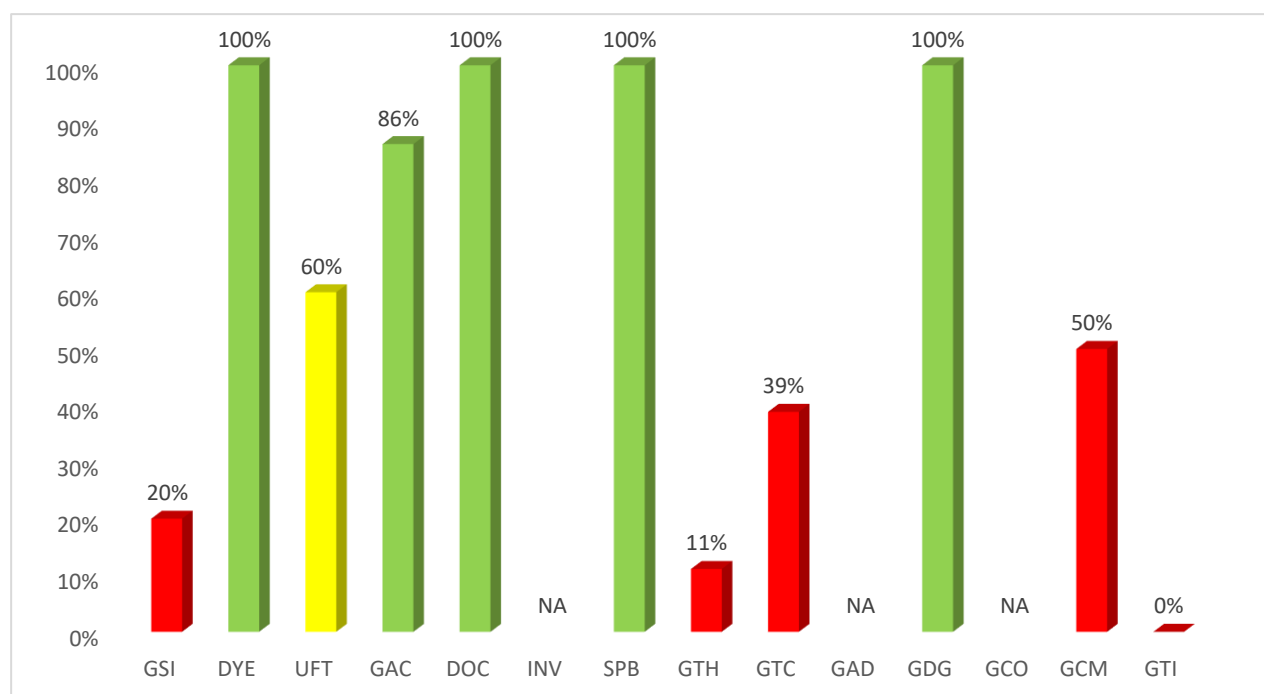


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 20 de 24	

4.4 Oportunidad cargue y análisis indicadores POA.

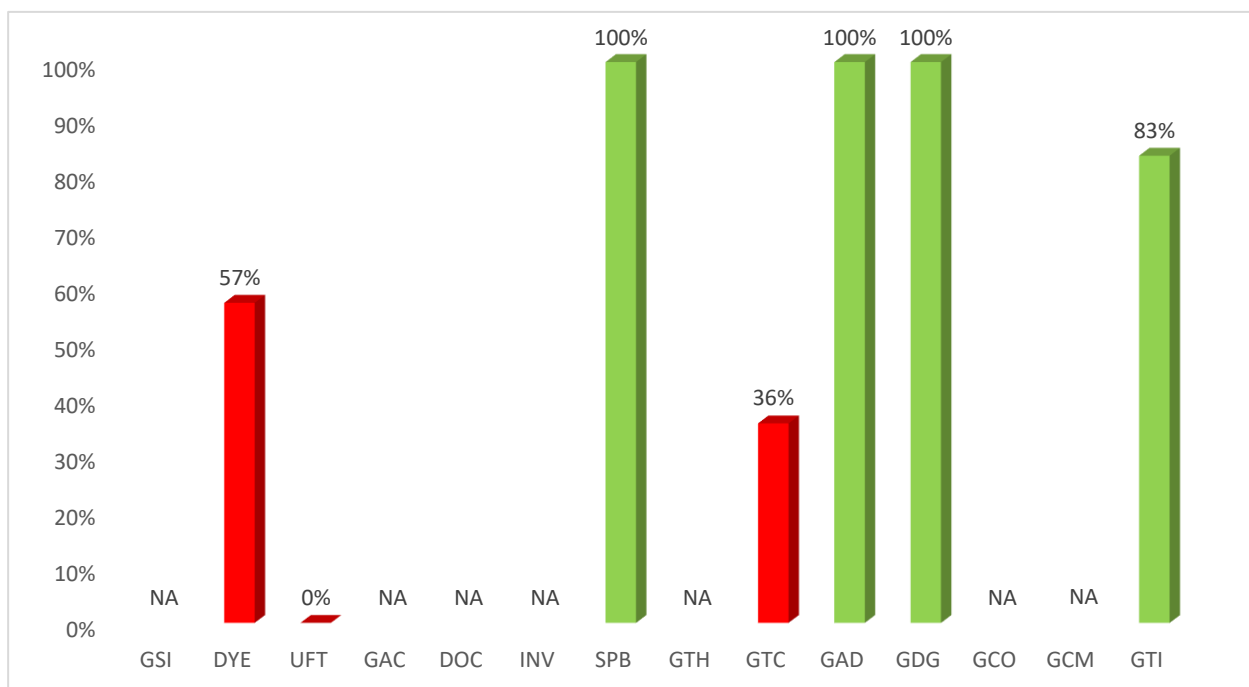


4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente

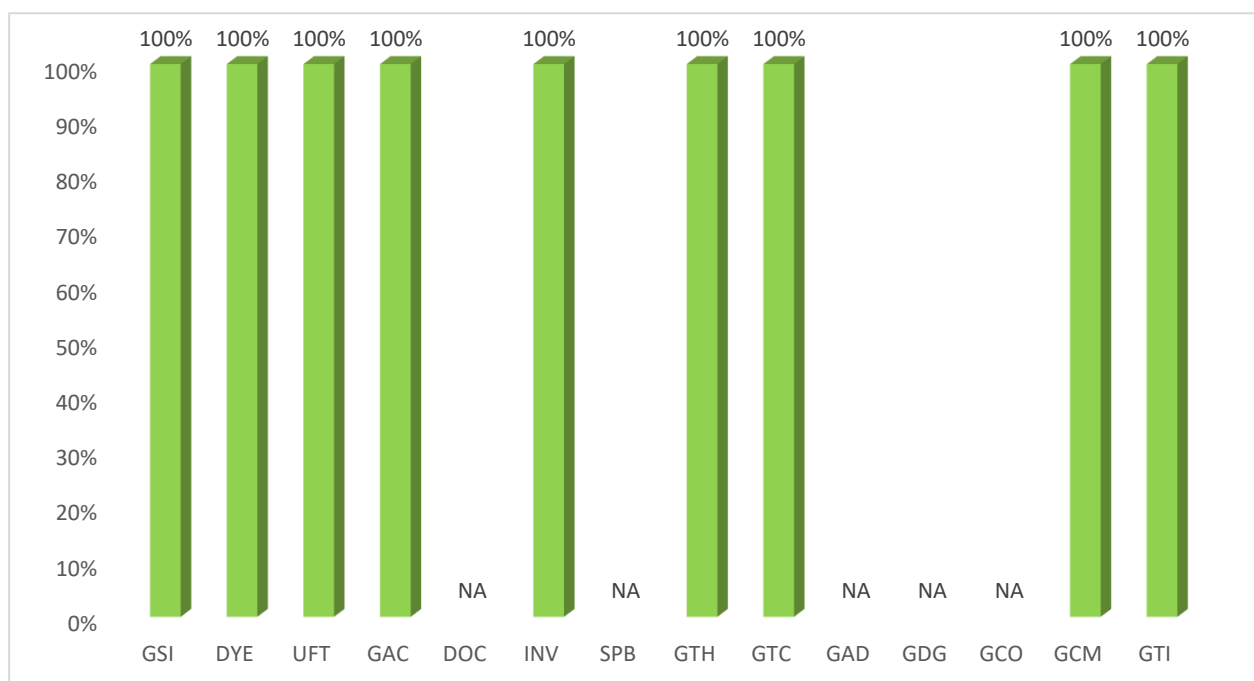


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	2
	INFORME		VIGENCIA:	31-10-2020
			Página 21 de 24	

4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente



4.7 Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas

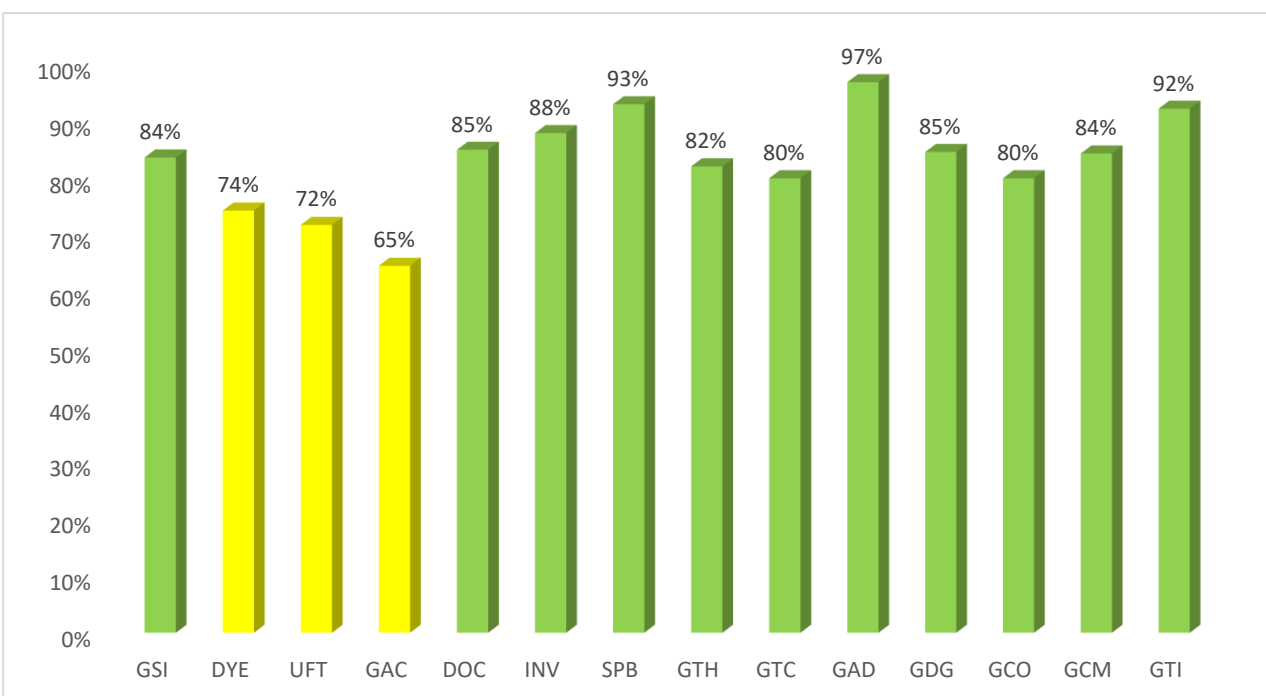


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 22 de 24			

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

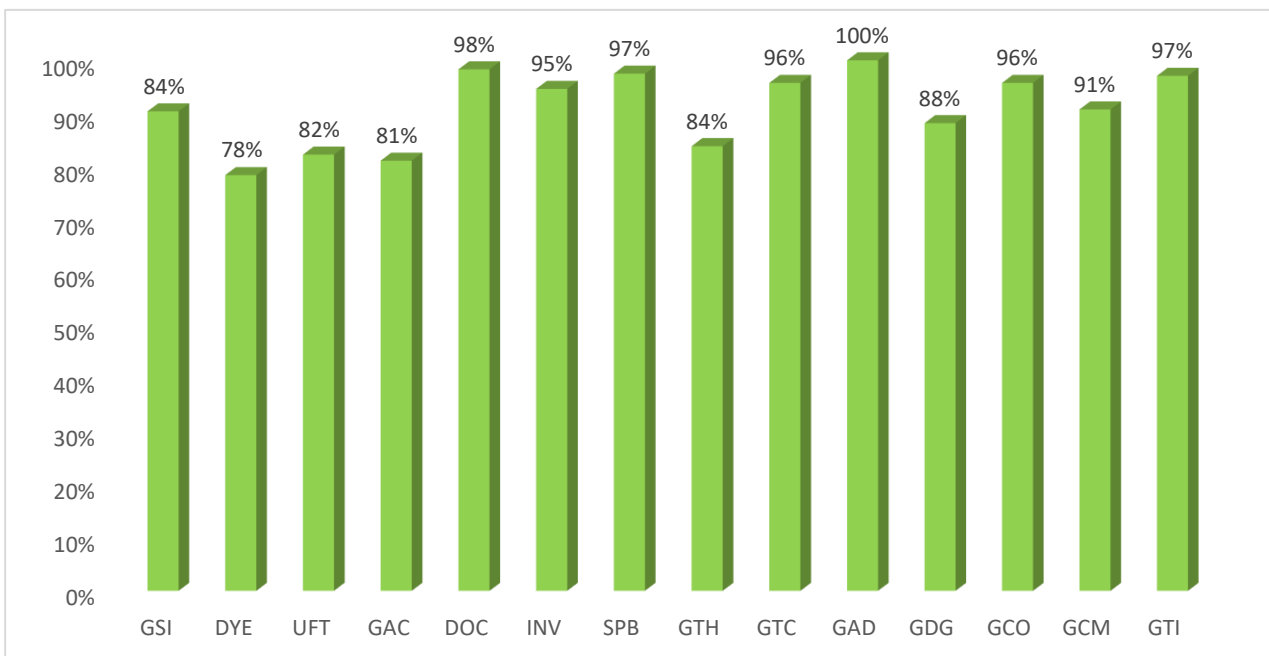


4.9 Nivel de conocimiento políticas institucionales



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

4.10 Nivel de conocimiento planes institucionales priorizados



CONCLUSIONES

El promedio del cumplimiento del POA para el III trimestre 2023 fue del 91%; los 14 procesos obtuvieron cumplimiento avanzado.

Principales actividades que quedaron con resultados insuficientes son:

- ✖ Indicadores sin cargue y análisis
- ✖ Cierre de acciones de mejora
- ✖ Entrega oportuna de estudios previos

Giovana Guerrero C

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

Dairys Yulieth Barrios Bonilla

Revisado por
Dairys Yulieth Barrios Bonilla
Profesional Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Adriana Patricia Hernández Baquero

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 24 de 24	

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

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

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