

	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 27			

Fecha del Informe:	19/02/2024
Título del Informe:	Informe de seguimiento y evaluación del plan operativo anual IV 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.....	27

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

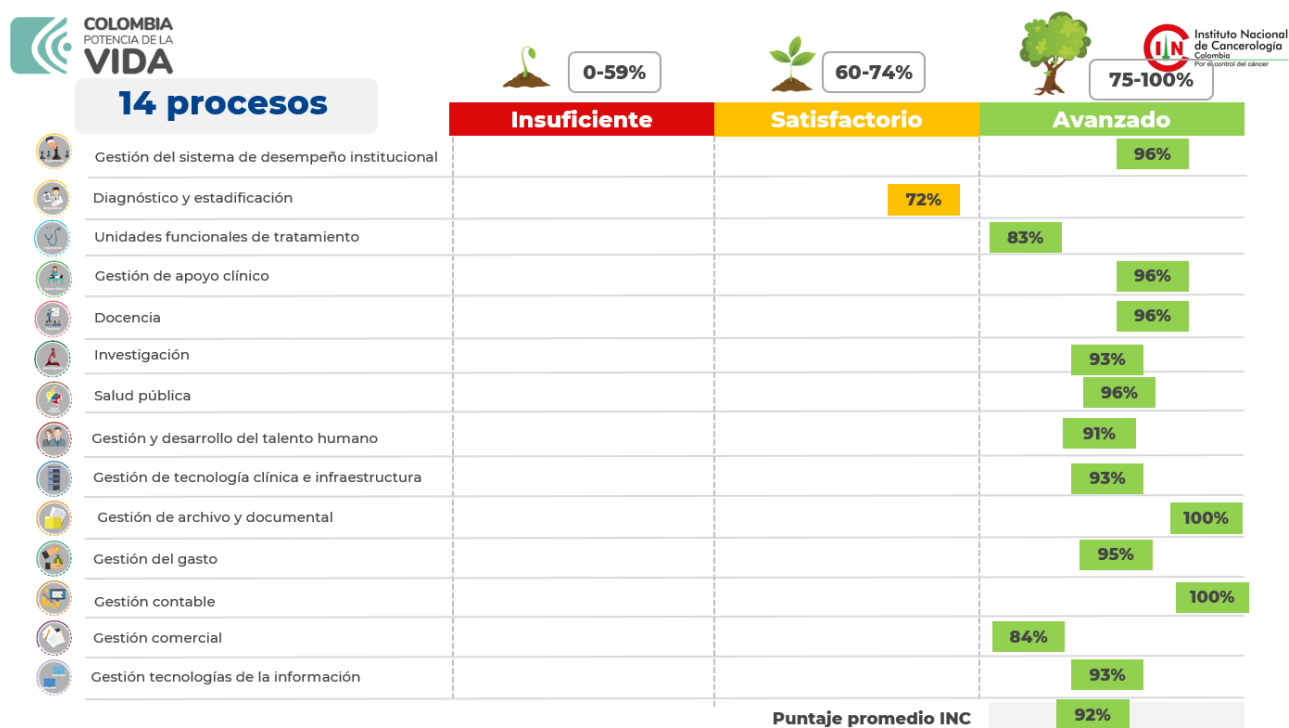
Para el análisis de la información y consecuente obtención de resultados de este proceso en términos generales se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- 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 27			

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

2. RESULTADOS IV TRIMESTRE 2023



De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que el promedio del cumplimiento de los 14 procesos fue del 92% en los planes operativos anuales; estando los 13 procesos con cumplimiento avanzado y 1 proceso con cumplimiento satisfactorio.

Para el IV trimestre 2023 se evaluaron un total de 434 indicadores con los siguientes resultados:

Avanzado 389 (90%)
Satisfactorio 13 (3%)
Insuficientes 32 (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 27	

DESARROLLO DEL INFORME

1. PROCESO ESTRATÉGICO

1.1 Gestión del sistema de desempeño institucional

Total, indicadores 34

Avanzado 33 (97%)

Satisfactorio 1 (3%)

Para el cuarto trimestre de 2023 se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 96%:

Avanzado

- ✓ 100% Informe de autoevaluación de habilitación (Resolución 3100 de 2019)
- ✓ 100% Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso (PUM elaborado y remitido por correo)
- ✓ 100% Calificación autoevaluación de acreditación Institucional (3,8) Meta 3,7
- ✓ 100% Cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Desarrollo de nuevos modelos en SIAI (desarrollo módulo farmacia)
- ✓ 100% Riesgos tratados en el INC (100%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 100%
- ✓ 100% Seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales (100%) Mín 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de cooperación (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales (3) Meta 2
- ✓ 100% Participar en la red de los Institutos de Cáncer de América Latina INC - LATAM (reunión 22 de noviembre 2023)
- ✓ 100% Ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención (168%) Min 80% Est 90% Máx 100%
- ✓ 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia
- ✓ 100% Plan de producción institucional (plan código GSI-P09-PL-01)
- ✓ 100% Adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC) (97,66%) Min. 49% Est. 50% Máx. 80%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas (1 día) Meta 1 día
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GSI (22,22%) Min.0% Est. 10% Máx 20% (se aplica 10% adicional sobre la meta)
- ✓ 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 (7,08 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI (99%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,88%) Min. 85% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 95% Cumplimiento de responsabilidad social (95,03%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 95% Implementación del sistema de gestión basado en riesgos (94,92%) Meta 100%
- ✓ 93% Ejecución de auditorías internas y seguimientos (93,4%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento del plan de comunicaciones (93%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI (93,33%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 4 de 27	

- ✓ 88% Satisfacción de los usuarios pacientes (87,91%) Min. 85% Est. 90% Max. 100%
- ✓ 87% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI (86,7%) Meta 100%
- ✓ 75% Cierre de acciones de mejora de acreditación (75%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%

Satisfactorio

- 65% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso.
Para el IV trimestre 2023 18 acciones de mejora programadas para el trimestre; 9 sin cerrar oportunamente:
 - 1 Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera.
 - Actualizar procedimiento de costos, incluyendo el reporte de SIAI y diferencia con la información de SAP.
 - 7 Oficina Asesora de Calidad:
 - Establecer estrategia institucional para lograr una gestión eficiente de los problemas de salud reportados.
 - Creación del instrumento de medición de adherencia de los protocolos de hematología relacionados con trasplantes.
 - Desarrollar herramienta para medir adherencia al protocolo de para el uso de aloinjertos óseos
 - Documentar y socializar las especificaciones del manejo del aplicativo Red Data
 - Radicar solicitud ante la secretaria para la actualización del certificado de habilitación.
 - Actualizar procedimiento para el manejo de encuestas institucionales
 - Desarrollar mesas de trabajo para actualizar instrumento de encuesta de derechos y deberes del paciente del INC.
 - 1 Oficina Asesora de Planeación:
 - Realizar referenciación de metodología de la caracterización de los riesgos de población

2. PROCESOS MISIONALES

2.1 Diagnóstico y estadificación

Total, indicadores 26
 Avanzado 16 (61%)
 Satisfactorio 1 (4%)
 Insuficiente 9 (35%)

Para el cuarto trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 72%. 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) (96,88%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Avance de actividades del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana) (26 días) Mín. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días
- ✓ 100% Oportunidad en toma de muestra de laboratorio clínico a paciente ambulatorio (11,18 minutos) Mín. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 5 de 27	

- ✓ 100% Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (2,26 días) Mín. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días
 - ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE
 - ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE (100%) Meta 100%
 - ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
 - ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días
 - ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (9,42 días) Meta <= 15 días
 - ✓ 96% 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 (96%) Meta 100%
 - ✓ 96% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE (95,97%) Meta 100%
 - ✓ 93% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE (93%) Meta 100%
 - ✓ 87% 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 (87%) Meta 100%
 - ✓ 77% 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 (77,41%) Meta 100%
- Observaciones: Total apropiado \$248 millones, Ejecutado \$192 millones

Satisfactorio

- 70% Adherencia de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE (70%) Meta 100%.
Observaciones: De 10 paquetes instruccionales 7 cumplen con una adherencia de más del 70%.
Los paquetes que incumplen adherencia son:
 - Infecciones
 - Paquete de comunicación
 - Consentimiento informado

Insuficiente

- × 56% Cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC (56%) Meta 100%
Observaciones: Ejecución presupuestal 11%, ejecución actividades 100%
- × 50% Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF (1 proyecto)
Causas: Proyecto "PROMINENT: Descubriendo las firmas moleculares del cáncer promoción para informar la prevención" fue presentado al comité ética, pero se deben subsanar observaciones.
- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente.
- × Observaciones: para el mes de octubre 1 acción de mejora programada, 1 sin cerrar.
Grupo patología oncológica: Prueba piloto en el servicio de salas de cirugía en recolección muestras.
Diciembre 2 acciones programadas y cerradas.
- × 37% Oportunidad en la atención en grupo de patología INC (14,67 días) Máx. 9 días
- × 11% Ejecución de presupuesto programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC
Observaciones. Total apropiado \$8.271 millones, Ejecutado \$929 millones
Causas: No adquisición de las Líneas celulares y Transferencia de conocimiento:
- × 10% Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea (18,967 días) Máx. 10 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 6 de 27	

Causas: Falla de equipo biomédico gammacamra Spect - Ct

- × 0% Oportunidad en la toma del PET (57,82 días) Máx. 15 días

Causas: Aumento de pacientes y daño del equipo PET

- × 0% No registra dato ni análisis
- × Número de radiofármacos nuevos producidos para medicina nuclear
- × Producción automatizada de un (1) radiofármacos terapéuticos

2.2 Gestión de Apoyo Clínico

Total, indicadores 25

Avanzado 24 (96%)

Insuficiente 1 (4%)

Para el cuarto 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% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (32,55) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC (1,78) 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 (23,33 minutos) Mín. 20 min Est. 30 min Max. 45 min
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión (16,46 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 (10,84%) Mín. 10% Est. 15% Máx. 20%
- ✓ 100% Socialización de la política de reúso en los servicios asistenciales
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes (100%) Meta 100%
- ✓ 100% 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% Satisfacción de los usuarios atendidos en los programas de enfermería (99,75%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 100% Índice de rotación interna de personal de enfermería (3,65) Mín. 4 Est. 6 Máx. 8
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAC (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 (9,57 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 99% Pacientes captados por los programas de enfermería (99,01%) Mín. 75% Est. 85% Máx. 100%
- ✓ 94% Registro del dolor en la historia Clínica (93,9%) Mín. 50% Est. 75% Máx. 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC (93,33%) Meta 100%
- ✓ 92% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC (92,49%) Meta 100%
- ✓ 89% Cobertura de bienvenida al paciente del INC (88,59%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAC (88,71%) Meta 100%
- ✓ 81% Adherencia de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso GAC (81,25%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 7 de 27	

Insuficiente

- × 59% Riesgos materializados. (28,21%) Min.0%, Est. 10%, Máx. 20% (se califica proporcional)
 - Sobreocupación de GAICA
 - Úlceras por presión
 - Errores en la cadena de medicación
 - Caída de pacientes
 - Fallas de los procedimientos desde la donación de la sangre o plaquetas, el procesamiento, liberación y administración de hemocomponentes

2.3 Unidades funcionales de tratamiento

Total, indicadores 36

Avanzado 30 (83%)

Satisfactorio 2 (6%)

Insuficiente 4 (11%)

Para el cuarto trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 83%. 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 (1,78) Mín. 1,5 Est. 3 Max. 4.5
- ✓ 100% Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado (32,55) Mín. 40 Est. 45 Max. 50
- ✓ 100% Cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad) (96,88%) Meta >=90%
- ✓ 100% Estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica (80,20%) Meta >=80%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional-(mediana). (55,67 días) Mín. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia - (mediana) (10,5 días) Mín. 10 días Est.20 días Máx. 25 días
- ✓ 100% Cancelación de cirugías por causa atribuibles al INC (4,08%) Mín.4% Est. 6% Máx.8%
- ✓ 100% Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días) (46,76 días) Mín.30 días Est. 45 días Máx.55 días
- ✓ 100% Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas (247 fotoféresis en promedio en el trimestre) Meta 120
- ✓ 100% Implementación de la técnica TBI (2 pacientes) Meta 1 paciente
- ✓ 100% Implementación de la técnica TSEB (9 pacientes) Meta 1 paciente
- ✓ 100% Incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT) (83%) Meta 70%
- ✓ 100% Incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal (46 pacientes) Meta 35 pacientes
- ✓ 100% Incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional (56%) Meta 50%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso UFT
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso UFT (6,25%) 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 (10,18 días) Meta <= 15 días
- ✓ 98% Gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada (98%) Meta 100%
- ✓ 98% Gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma (98%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 8 de 27	

- ✓ 88% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT (88,19%) Meta 100%
- ✓ 87% Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana) (28,33 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días (se califica proporcional)
- ✓ 87% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT (86,67%) Meta 100%
- ✓ 85% Adherencia de los paquetes instruccionales (85,11%) Meta 100%
- ✓ 83% Cirugía ambulatorias realizadas (34,95%) Mín. 37% Est. 39% Máx. 42%
- ✓ 81% Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio, radio o cirugía - (mediana) (29,67 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días (se califica proporcional)
- ✓ 77% Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano) (68,85%) Mín. 75% Est. 80% Máx. 90%
- ✓ 76% Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana) (31 días) Mín. 10 días Est. 20 días Máx. 25 días (se califica proporcional)
- ✓ 76% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT (76%) Meta 100%

Satisfactorio

- 71% Pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad (70,83%) Mín. 60% Est. 75% Máx. 100%
Observaciones: 505 pacientes cumplen con el tiempo de oportunidad de 713 pacientes
- 60% Documento de análisis de viabilidad en la implementación de protonterapia presentado
Observaciones: Se tiene un documento parcial.

Insuficiente

- × 32% Acciones de mejora cerradas oportunamente.
Observaciones: para el trimestre 16 acciones de mejora programadas, 9 sin cerrar:
- 5 Grupo Área Unidades Médicas:
 - Documentar el registro en Historia Clínica de los donantes no asistentes
 - Documentar y aplicar cronograma para medir adherencia protocolos de hematología
 - Acta de retroalimentación en los aspectos de no adherencia en la auditoria en cada especialidad.
 - Actualización y socialización instructivo para colecta de células madre de sangre periférica
 - Verificar el correcto diligenciamiento los consentimientos informados de Covid del área de hematología
- 2 Unidad Funcional de Ortopedia.
 - Aplicar Check list al protocolo para el uso de aloinjertos óseos
 - Revisión, actualización y socialización del protocolo para el uso de aloinjertos óseos
- 1 Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria.
 - Designar anestesiólogos fijos para trasplante del servicio de ortopedia
- 1 Grupo Área Unidades Quirúrgicas
 - Fortalecer el seguimiento al cumplimiento mensual del número de encuestas definidas para salas de cirugía
- × 0% Incorporación de localizaciones de radioterapia intraoperatoria. No se realizó este procedimiento a ningún paciente. Meta 2 pacientes
Causas: Daño del equipo durante todo el 2023, aún no se ha estado gestionando su arreglo con el proveedor
- × 0% no registra dato ni análisis
- × Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 9 de 27	

- × Implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario

2.4 Docencia

Total, indicadores 25

Avanzado 14 (96%)

Satisfactorio 1 (4%)

Para el cuarto 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% Programas académicos institucionales con renovación del registro calificado (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC (65 especialistas) Meta ≥ 50
- ✓ 100% Programas nuevos de formación para subespecialidad oncológica en convenio con Instituciones de Educación Superior (IES) (programa base de Cirugía Plástica Ocular de la Universidad Militar Nueva Granada) Meta 1
- ✓ 100% Docentes del INC con reconocimiento de la función (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa (26,83%) Meta 25%
- ✓ 100% Ejecución del plan de bienestar para el personal en formación (86,36%) Meta $\geq 80\%$
- ✓ 100% Implementación del plan de desarrollo docente del INC (33%) Meta 25%
- ✓ 100% Docentes ubicados en escala superior de la evaluación (83,33%) Meta 80%
- ✓ 100% Estudio de capacidad instalada para la oferta docente actualizado
- ✓ 100% Censo docente actualizado
- ✓ 100% Adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación (94,01%) Meta 80%
- ✓ 100% Cobertura inducción virtual para estudiantes del INC (100%) Min 80% Est. 90% Max.100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC
- ✓ 100% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Riesgos materializados (0%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta ≤ 5 días
- ✓ 97% Satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios (97%) Min 80% Est. 90% Max.100%
- ✓ 97% Ejecución comités docencia servicio (97%) Meta 100%
- ✓ 93% Ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC (93%) Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 88% Docentes de planta del INC con clasificación docente (70,73%) Meta 80%
- ✓ 82% Conocimiento, percepción y satisfacción de los funcionarios con la relación docencia servicio del INC (73,66%) Min 70%, Est. 80%, Max.90%
- ✓ 77% Docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria (23,21%) Meta 30%

Satisfactorio

- 65% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (20,32 días) Meta ≤ 15 días
Observaciones: 9 facturas para trámite en el trimestre

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS1-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 10 de 27	

2.5 Investigación

Total, indicadores 43

Avanzado 38 (88%)

Satisfactorio 2 (5%)

Insuficiente 3 (7%)

Para el cuarto 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% Estudios de investigación cerrados (70,755) Meta $\geq 70\%$
- ✓ 100% Proyectos que cumplen con las actividades del cronograma (95%) Meta $\geq 90\%$
- ✓ 100% Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación nuevos no patrocinados por la industria por parte de comité de ética (22,26 días) Meta 50 días
- ✓ 100% Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales (25,78 días) Min 35 Est 45 Max 55
- ✓ 100% Informe de resultado de percepción del comité de ética en investigación basado en la encuesta aplicada
- ✓ 100% Oportunidad global en la evaluación de artículos por el Comité de Publicaciones Científicas del INC (35 días) 120 días
- ✓ 100% Oportunidad global en la publicación de artículos aprobados por el comité editorial del INC (94 días) Meta línea base
- ✓ 100% E- Índice de citaciones de la Revista Colombiana de Cancerología (0,23) Meta línea base
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación de otros documentos técnicos (diferentes a artículos) por el Comité de Publicaciones Científicas del INC (133 días) Meta 180 días
- ✓ 100% Número de proyectos de investigación nuevos con la red, con uso de muestras del BNTTF (al menos 1) proyecto: "Valor pronóstico de la diseminación tumoral a través de espacios aéreos (STAS) en los pacientes llevados a metástasectomía pulmonar por adenocarcinoma colorrectal en el INC"
- ✓ 100% Actividades académicas dirigidas a los investigadores de la Red (1) Meta 1
- ✓ 100% Acuerdos de cooperación internacional de investigación en cáncer formalizados en la vigencia (4 acuerdos) Meta 1
- ✓ 100% Proyectos de investigación nuevos con acuerdo de cooperación internacional formalizado (3 proyectos) Meta 1
- ✓ 100% Perfil de idea socializados en SWOG (9 perfiles) Meta 2
- ✓ 100% Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (9 proyectos) Meta 4
- ✓ 100% Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento enmarcados en las líneas de interés institucional (25 proyectos) Meta 8
- ✓ 100% Número de ponencias en eventos científicos (88 ponencias) Meta 50
- ✓ 100% Razón de artículos científicos aprobados en revistas cuartil (Q1, Q2, Q3, Q4) de ISI, por cada tiempo completo a la Subdirección de Investigación (2,0) Meta 1,0
- ✓ 100% Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones (2,0) Meta 2
- ✓ 100% Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales (4,76) Meta 1,0
- ✓ 100% Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas (7 postulaciones) Meta 4
- ✓ 100% Factor de impacto en integración de conocimiento (6,58) Min:1.00 Est : 2.00 Máx: 4.00
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso INV
- ✓ 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%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 11 de 27	

- ✓ 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 (13,75 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Guías de práctica clínica iniciadas (guía de Leucemia linfoblástica aguda en Adultos) Meta 1
- ✓ 100% Documento análisis de la propuesta de la política de investigación actual 2020-2022
- ✓ 100% Informe de la red SWOG presentado en comité científico. (informe presentado en comité de enero 2024)
- ✓ 98% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV (98%) Meta 100%
- ✓ 95% Avance de las actividades del macroproyecto de investigación (95%) Meta 100%
- ✓ 86% Cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (85,56%) Meta 100%
- ✓ 83% Ejecución de presupuesto del macroproyecto de investigación. (83,35%) Meta 100%
Observaciones: Apropiado \$5.846 millones, Ejecutado \$4.872 millones
- ✓ 83% Estudios previos del proceso INV entregados oportunamente (83%) Meta 100%
- ✓ 83% Indexaciones vigentes de la Revista Colombiana de Cancerología (RCCAN) (5 indexaciones vigentes) Meta 6
- ✓ 80% Aplicativo de productividad científica (Documento gestionado subdirección administrativa). A través del EPM de investigaciones se gestionaron recursos para la vigencia 2024

Satisfactorio

- 72% Oportunidad en la evaluación de los proyectos nuevos extrainstitucionales patrocinados por la industria por parte de comité de ética (38,5 días) Meta 30 días
- 65% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV. (64,91%) Meta 100%
Observaciones: para el mes de octubre 1 indicador programado sin cargue ni análisis: Porcentaje de ensayos clínicos sin desviaciones críticas o mayores del Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer.

Insuficiente

- × 59% Ejecución presupuestal del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC (58,54%) Meta 100%
Observaciones: Apropiado \$ 478 millones, ejecutado \$ 280 millones
Causas: Compra de equipo láser afectada al declararse desierto el proceso.
No se pudo pagar la visita de referencia con el Hospital Albert Einstein, sin representación en Colombia.
 - × 33% Acciones de mejora cerradas oportunamente
Observaciones: para el trimestre 6 acciones de mejora programadas, 5 sin cerrar:
- 3 Grupo Área De Investigaciones.
- Implementación de las estrategias para evitar demoras en la ejecución y cierre de los proyectos de investigación.
 - Revisar el modelo del CEI (Comité de Ética Institucional).
 - Revisar flujo de aprobación de los proyectos de investigación de fellow y estudiantes
- 1 Subdirección General de Investigación Vigilancia Epidemiológica Promoción y Prevención
- Establecer Convenios o proyectos de innovación para el fortalecimiento de las capacidades del laboratorio de Co-creación del INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 12 de 27	

1 Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer:

- Establecer cronograma vigencia 2024 de seguimiento al centro de investigación.

- × 45% Guías de práctica clínica terminadas Meta 4.

Observaciones: Se finalizó la guía detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata.

La guía detección y manejo de las lesiones pre-neoplásicas de cérvix se sometió al comité de publicaciones sin embargo no fue aprobado y se debe volver a revisar el documento

2.6 Salud pública

Total indicadores 42

Avanzado 41 (97%)

Insuficiente 1 (3%)

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

Avanzado

- ✓ 100% Proyectos/programas de investigación en salud pública para el cáncer (2) Meta 2
- ✓ 100% MoVida de formación de líderes de población escolarizada de 5° y 6° de Institutos Educativos Departamentales/distritales (IED) (1 pilotaje) Meta 1
- ✓ 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) (2 estrategias) Meta 2
- ✓ 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). (1 movida) Meta 1
- ✓ 100% Dialogo con actores para la identificación de estrategias de movilización y control social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios (1 documento) Meta 1
- ✓ 100% Documentos técnicos con la postura institucional dirigidos a temas de coyuntura política para el control del cáncer (2) Meta 2
- ✓ 100% Boletines legislativos y políticos con información relevante para el control del cáncer (1 boletín) Meta 1
- ✓ 100% Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa (2 acciones de influencia) Meta 2
- ✓ 100% Número de acciones de réplica a los medios de comunicación (1 acción de réplica) Meta 1
- ✓ 100% Informe con los resultados del alistamiento del municipio centinela con aseguradores para elaborar el análisis de lesiones precancerosas y la prevalencia del VPH.
- ✓ 100% Documento de implementación del micrositio web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia
- ✓ 100% Informe de planeación y logística para la implementación de CPRED regionales
- ✓ 100% Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados (14 cursos) Meta 5
- ✓ 100% Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas (18 brigadas) Meta 5
- ✓ 100% Fase de diagnóstico y articulación para la formulación de un programa de garantía de calidad en pruebas moleculares para VPH (informe mesas técnicas)
- ✓ 100% Mesas técnicas realizadas para la revisión de los modelos de control y de cuidado (3 mesas técnicas) Meta 3
- ✓ 100% Número de asistencias técnicas realizadas (2 asistencias técnicas) Meta 2

	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 27	

- ✓ 100% Número de convenios de registros poblacionales vigentes (6 convenios) Meta 5
- ✓ 100% Anuario estadístico 2022 publicado en la web
- ✓ 100% Boletín epidemiológico No. 16, 2023 publicado en la web
- ✓ 100% Infocancer con información anual actualizada, mortalidad nacional 2021, quinquenio 2013-2017 RPC Cali
- ✓ 100% Asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual (1 asistencia) Meta 1
- ✓ 100% Estimaciones de tasas globales de supervivencia (1) Meta 1
- ✓ 100% Actividades de educación comunitaria realizadas en el periodo (4 actividades) Meta 4
- ✓ 100% Cursos presenciales de fortalecimiento de capacidades de prevención y detección temprana realizadas en el periodo (2 cursos) Meta 2
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB
- ✓ 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% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB (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 (11,69 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Compilación, análisis y elaboración del manuscrito de Análisis de Situación de Cáncer Ocupacional en Colombia (1) Meta 1
- ✓ 100% Programa de cesación de consumo de tabaco en el Instituto Nacional de Cancerología
- ✓ 100% Implementación del plan para recuperar la confianza de la vacuna del VPH (70% acumulado 2020-2023) Meta 70%
- ✓ 100% Fase de diagnóstico y articulación para la formulación de un programa de garantía de calidad en citología cervicouterina
- ✓ 100% Número de instituciones con visita de control calidad a servicios de mamografía (8 visitas) Meta 8
- ✓ 99% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB (99%) Meta 100%

- ✓ 81% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública. (81%) Meta 100%
Observaciones: Ejecución presupuestal 70%: Total apropiado \$5.049 millones, Ejecutado \$ \$3.534 millones. Actividades 92%

- ✓ 81% Implementación de los convenios firmados en el año 2022 (81,2%) Meta 100%
- ✓ 75% Documento propuesta del modelo de control del cáncer
Observaciones: se cuenta con la construcción metodológica de la revisión narrativa de modelos de control del cáncer

Insuficiente

- 0% Convenios nuevos firmados (Meta 2)
Observaciones: no se realizaron convenios macro nuevos para fortalecer la presencia del INC en los territorios

3. PROCESOS DE APOYO

3.1 Gestión y desarrollo del talento humano

Total indicadores 40
Avanzado 33 (90%)
Satisfactorio 1 (2%)
Insuficiente 3 (8%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 14 de 27	

Para el cuarto 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% Oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural) (27,86 días)
Mín. 50 días Est. 55 días Máx. 60 días
- ✓ 100% Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta (59,17 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 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 (8,3) Mín. 5 Est. 10 Máx. 15
- ✓ 100% Implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura del programa de bienestar (100%) Meta 100%
- ✓ 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. (1,99 días) Meta 5 días hábiles
- ✓ 100% Informe de medición de cultura organizacional
100% Resultado de medición de cultura organizacional (73,05) Meta 72
- ✓ 100% Implementación de las estrategias de hábitos de vida saludables (incluye cesación tabaquica) y espacios de trabajo seguros (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Frecuencia de accidentalidad en el INC - R-0312 (0,16) Mín. 0.25 Est. 0.62 Máx. 1.12
- ✓ 100% Ausentismo por causas definidas (1,98%) Meta $\leq 5\%$
- ✓ 100% Implementación de las estrategias para disminuir las causas de ausentismo (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Severidad de accidentalidad en el INC- R-0312 (0,61) Mín. 1.00 Est. 5.00 Máx. 10.00
- ✓ 100% Implementación de transformación institucional en el componente de talento humano (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH
- ✓ 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% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores 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 (4,47 días) Meta ≤ 15 días
- ✓ 100% Ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (99,87%) Meta 100%
- ✓ 97% Cobertura del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (97,45%) Meta 100%
- ✓ 96% Ejecución de actividades del programa de bienestar (96%) Meta 100%
- ✓ 91% Ejecución del plan de intervención de clima y riesgos (90,91%) Meta 100%
- ✓ 91% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTH (91%) Meta 100%
- ✓ 90% Ejecución presupuestal del programa de bienestar (89,86%) Meta 100%
- ✓ 88% Ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (87,92%) Meta 100%
- ✓ 85% Satisfacción de las actividades del programa de bienestar (85,31%) Mín. 85% Est. 90% Máx. 100%
- ✓ 83% Ejecución del plan de incentivos (83,33%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 15 de 27	

Satisfactorio

- 65% Ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes (65,08%) Meta 100%
- Observaciones: 82 capacitaciones ejecutadas de 126 programadas para la vigencia

Insuficiente

- × 53% Acciones de mejora cerradas oportunamente
Observaciones. Para el trimestre 15 acciones de mejora programadas, 7 sin cerrar:
 - 1 Grupo Gestión de Bienestar y Capacitación.
 - Montar en la plataforma virtual los cursos de cuidado del donante y cuidado del paciente trasplantado
 - 6 Grupo Área De Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
 - Incluir en el plan de capacitación la declaración de derechos y deberes de los pacientes.
 - Unificar contenidos del programa de inducción y reinducción para funcionarios y colaboradores.
 - Crear un documento de cultura organizacional acorde con el direccionamiento estratégico del 2023.
 - Definir estrategias de socialización del documento de cultura organizacional
 - Contar con soportes de educación continuada
 - Realizar censo por servicio de estado actual de soportes de las hojas de vida.
- × 0% Convocatorias desiertas (28,26%) Meta <=5%
Observaciones: 13 convocatorias desiertas de un total de 46 convocatorias
- × 0% Implementación del procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC
Observaciones: no fue posible avanzar en la implementación de mapeo del conocimiento ya que se está en espera que se adopte un nuevo régimen laboral dentro del instituto.

3.2 Gestión de tecnología e infraestructura

Total indicadores 38
Avanzado 33 (87%)
Satisfactorio 2 (5%)
Insuficiente 3 (8%)

Para el cuarto 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% Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud
- ✓ 100% Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud
- ✓ 100% Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Evaluación de las tecnologías incorporadas (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Reducción de obsolescencia en los equipos biomédicos del INC (6,5%) Meta 8%
- ✓ 100% Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (plan código GTC-P02-PL-01)
- ✓ 100% Plan de aseguramiento metrológico (plan código GTC-P02-PL-02)
- ✓ 100% Cumplimiento del plan de metrología (100%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 100% Cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos (100%)
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 16 de 27	

- ✓ 100% Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo (plan código GTC-P04-PL-01)
- ✓ 100% Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo (3 informes) Meta 3
- ✓ 100% Seguimiento diagnóstico reordenamiento de puestos de trabajo (1 informe) Meta 1
- ✓ 100% Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes
- ✓ 100% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC (95%) Meta 70%
Observaciones: Apropiado \$28.188 millones, ejecutado \$25.757 millones. 91% ejecución presupuestal y 98% actividades
- ✓ 100% Informe seguimiento aprobación de PRM de acuerdo con el PEMP
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes (96,6%)
Min. 80% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción servicio de Lavandería (98,95%) Min. 90% Est. 90% Máx. 95%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) (99,71%)
Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Satisfacción del servicio de vigilancia (100%) Min. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC
- ✓ 100% Riesgos materializados (4,76%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Estudios previos del proceso GTC 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 (14,12 días) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades (98,67%)
Min. 90% Est. 95% Max. 100%
- ✓ 99% Ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo (98,57%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 97% Avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (97%) Meta 100%
- ✓ 96% Ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (96%) Meta 100%
Observaciones: Apropiado \$ 88.342 millones, Ejecutado\$ 84.464 millones
- ✓ 96% Cumplimiento de la gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica (96%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC (93%) Meta 100%
- ✓ 86% Cumplimiento de señalización integral e inclusiva (86,36%) Meta 100%
- ✓ 86% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTC (86%) Meta 100%
- ✓ 85% Adquisición de tecnologías incorporadas (85,33%) Meta 100%

Satisfactorio

- 70% Ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo (70,38%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
Causas: No se cuenta con presupuesto en los contratos de ferretería, cerrajería, vidrios, puertas eléctricas y televisores, tampoco se cuenta con contrato de mantenimiento a mobiliario.
- 70% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC(69,91%) Meta 100%
Observaciones: Para el trimestre 66 indicadores programados, 15 sin cargue oportuno:
Octubre: 5 grupo gestión ingeniería clínica, 1 grupo gestión mantenimiento

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 17 de 27	

Noviembre: 2 grupo gestión ingeniería clínica, 2 grupo gestión mantenimiento

Diciembre: 1 grupo gestión ambiental y soporte hotelero, 1 grupo gestión ingeniería clínica, 3 grupo gestión mantenimiento

Insuficiente

- × 59% Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (9,9 días) Meta ≤ 7 días
Causas: Imposibilidad de realizar los mantenimientos correctivos en algunas áreas por la afluencia de pacientes, criticidad del área.
Demoras en la contratación del contrato de ferretería, valor de los elementos o escases de estos
- × 55% Acciones de mejora cerradas oportunamente.
Observaciones: para el trimestre 15 acciones de mejora programadas para cierre, 7 sin cerrar:

5 Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura

- Espacio físico para la entrega de información a pacientes en las áreas de hospitalización 3ero, 4to y quinto piso.
- Finalizar implementación del sistema de extinción de incendios.
- Actualizar los planos 8A y 8B de 12 de central de mezclas.
- Revisar y confrontar los nombres de las áreas de los informes de calificación con los nombres de los documentos internos y planos del sistema documental.
- Actualizar el procedimiento de adquisición de tecnología clínica eliminando del punto 12

1 Grupo Área Gestión Tecnología Clínica

- Realizar contratación para adquisición de elementos sillas para quimioterapia

1 Grupo Área Gestión de Mantenimiento

- Gestionar ordenes de mantenimiento reportadas en la help people

- × 40% Ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) (39,64%) Min. 90% Est. 95% Max. 100%
Causas: Legalización de contratos

3.3 Gestión de archivo y documental

Total indicadores 23

Avanzado 23 (100%)

Para el cuarto trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Implementación del programa de gestión documental (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente estratégico (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de las capacitaciones en aplicación de Tablas de Retención Documental-TRD y manejo de archivo (203 funcionarios) Meta 200 funcionarios capacitados
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente administración de archivos (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Metros lineales organizados y transferidos de archivos (132 metros lineales) Meta 130 metros lineales
- ✓ 100% Avance del cronograma de trabajo Archivístico (100%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 18 de 27	

- ✓ 100% Expedientes contractuales cerrados del archivo central digitalizados años 2017 – 2018 (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente Procesos de la Gestión documental (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de correspondencia (185 funcionarios) Meta 150 funcionarios capacitados
- ✓ 100% Cobertura de capacitaciones de la plataforma correo electrónico certificado PortalCert (80 funcionarios) Meta 50 funcionarios capacitados
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente tecnológico del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA (2 boletines) Meta 2
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Implementación del MGDA en el componente cultural (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Avance de implementación del MGDA (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD
- ✓ 100% Riesgos materializados (8,33%) 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 el trámite de las facturas por parte de los supervisores (3,3 días) Meta <= 15 días
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD (93,33%) Meta 100%

3.4 Gestión del gasto

Total indicadores 32
 Avanzado 30 (94%)
 Satisfactorio 1 (3%)
 Insuficiente 1 (3%)

Para el cuarto 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% Presupuesto de inversión 2024 (38% incremento con relación presupuesto 2023) Meta >=10%
- ✓ 100% Ahorro estimado por austeridad y eficiencia (0,81%) Meta 0,2% del presupuesto total institucional
- ✓ 100% Razonabilidad de inventarios (2,39%) Min. 0% Est. 10% Máx. 10%
- ✓ 100% Verificación de inventarios del Instituto (100%) Meta >=80%
- ✓ 100% Ingresos por fuentes alternas gestionadas (7,87%) Meta 2%
- ✓ 100% Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades inicial (23 de noviembre 2023) Meta 30 noviembre
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización (23,3 días) Min.15 Est. 20 Máx. 25
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa (44,75 días) Min.30 Est. 40 Máx. 50
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar (56,03 días) Min.40 Est. 50 Máx. 60
- ✓ 100% Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública (56,98 días) Min.50 Est. 60 Máx. 70
- ✓ 100% Ejecución por concepto de gasto: inversión (88,22%) Meta 75%
- ✓ 100% Implementación propuesta de mejora de informes presupuestales (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Mantener los modelos de productividad existentes (6 modelos) Meta 6
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG
- ✓ 100% Riesgos materializados proceso GDG (2,56%) Min.0% Est. 10% Máx 20%
- ✓ 100% Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas (1 día) Meta <= 5 días

	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 27	

- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (1 día) Meta <= 15 días
- ✓ 99% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Atención Médica y Docencia (98,5%) Meta 100%
- ✓ 98% Ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo (98,17%) Meta 100%
- ✓ 98% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección Administrativa y Financiera (98,24%) Meta 100%
- ✓ 97% Ejecución del plan anual de adquisiciones Subdirección de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y prevención (97,2%) Meta 100%
- ✓ 97% Ejecución por concepto de gasto: operación comercial (96,86%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG (97%) Meta 100%
- ✓ 95% Ejecución del plan anual de adquisiciones Dirección General (95%) Meta 100%
- ✓ 95% Porcentaje de pagos (94,91%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 94% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG (94,44%) Meta 100%
- ✓ 93% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG (93,33%) Meta 100%
- ✓ 92% Ejecución presupuestal (consolidado) (92,48%) Meta 100%
- ✓ 91% Ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional (90,9%) Meta 100%
- ✓ 88% Ejecución por concepto de gastos: funcionamiento (88,27%) Meta 100%

Satisfactorio

- 67% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG
Observaciones: para el trimestre 5 acciones de mejora programadas, 1 sin cerrar a cargo del grupo gestión de suministro y almacén: Crear los códigos de los activos fijos en el Sistema SAP a los dispositivos de instrumental.

Insuficiente

- × 50% Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad). Meta 2
Observaciones: Se trabajo en el modelo de productividad de medicina nuclear, para pagar un valor adicional por la lectura del PET, cirugía plástica, radioterapia individual y anestesia, se encuentra en aprobación por parte del instituto y del servicio, esto debido a que se está evaluando la viabilidad y sostenibilidad de los modelos anteriormente mencionados.

3.5 Gestión contable

Total indicadores 15
Avanzado 15 (100%)

Para el cuarto trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 100%. 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 (166%) Meta 100%
- ✓ 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% Implementación de transformación institucional en el componente contable (100%) Meta 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 20 de 27	

- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO
- ✓ 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 del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (6,3 días) Meta <= 15 días
- ✓ 100% Estados financieros presentados y publicados en la página web

3.6 Gestión comercial

Total, indicadores 33

Avanzado 26 (79%)

Satisfactorio 2 (6%)

Insuficiente 5 (15%)

Para el cuarto trimestre de 2023, se obtuvo un cumplimiento en los compromisos propuestos del 84%. A continuación, se relaciona el avance de cada indicador evaluado:

Avanzado

- ✓ 100% Cumplimiento en las metas de facturación (129,73%) 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 (114,80%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 100% Ejecución del plan de intervención de glosa (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de ingreso de glosa (2,28 días) Meta <= 5 días
- ✓ 100% Glosa recibida (20,89%) Mín. 10% Est. 15% Máx.25%
- ✓ 100% Conciliación de glosa (258%) Meta >=80%
- ✓ 100% Glosa definitiva (0,99%) Meta <=3%
- ✓ 100% Depuración de la glosa contable a partir de 2020 (91,57%) Meta >=80%
- ✓ 100% Gestión de autorizaciones (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias (0,91 día) Meta <=5 días
- ✓ 100% Ejecución del plan de ventas institucional (110%) Meta 100%
- ✓ 100% Cobertura en la difusión del portafolio de servicios (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Contratos activos y legalizados (98,04%) Mín. 70% Est. 80% Máx. 90%
- ✓ 100% Evaluación a la respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del proceso GCM
- ✓ 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% Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores (7,26 días) <= 15 días
- ✓ 95% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM (95%) Meta 100%
- ✓ 92% Ejecución del plan de mercadeo (91,78%) Meta 100%
- ✓ 86% Satisfacción de las aseguradoras (86,22%) Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%
- ✓ 84% Razón de recaudo y facturación del mismo periodo (84,08%) Mín. 80% Est. 90% Máx.100%
- ✓ 82% Conciliación de cartera con las ERP (82,06%) Meta 100%
- ✓ 80% Autorizaciones obtenidas (71,57%) Meta >=90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 21 de 27	

Satisfactorio

- 74% Depuración la cartera (2019-2022).
Observaciones: Pendiente de la cartera a diciembre 2018 \$240.463.510.412,37
Depurado \$ 219.156.322.858,16
- 69% Ejecución del esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo (68,75%) Meta 100%.
Observaciones: 16 Actividades programadas, 5 sin ejecutar:
De las actividades inicialmente planeadas no se pudo dar cumplimiento a todas las capacitaciones de los servicios asistenciales, debido a que depende de la agenda de los especialistas, a excepción del servicio de ortopedia.

Insuficiente

- × 52% Glosa recibida respondida dentro de los términos legales (51,6%) Meta 100%
Causas: Demora en la consecución de la información de la dispensación de Medicamentos NO PBS, anulaciones y correcciones en Direccionamiento por parte de la EPS; correcciones en códigos cumts del MIPRES, desarrollo de transacciones en SAP pendientes para verificación y corrección de ID dispensación de MIPRES.
- × 50% Acciones de mejora cerradas oportunamente.
Observaciones 2 acciones de mejora programadas en el trimestre 1 sin cerrar
Grupo facturación: Seguimiento al trabajo realizado por los navegadores (Plantilla de registro diario)
- × 0% no registra dato ni análisis:
- × Modelo diseñado basado en GRD
- × Número nuevos contratos con modelos distintos al pago por evento
- × Implementación de la transformación institucional en el componente comercial

3.7 Gestión de la tecnología de Información

Total indicadores 22

Avanzado 21 (95%)

Insuficiente 1 (5%)

Para el cuarto 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% Documento PETI actualizado
- ✓ 100% Cumplimiento del Plan de Implementación de Gobierno de la Información (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Ejecución de la infraestructura de TI (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Renovación servicios de Telefonía en la nube (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Renovación servicios de Outsourcing TI
- ✓ 100% Implementación Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente FASE I (100%) Meta 100%
- ✓ 100% Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado
- ✓ 100% Registro de activos de Información actualizados
- ✓ 100% Documento BIATI Actualizado
- ✓ 100% Actualización del mapa de riesgos del 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 22 de 27	

- ✓ 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 días) Meta <= 15 días
- ✓ 97% Ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información (97%) Meta 100%
- ✓ 97% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI (97%) Meta 97%
- ✓ 96% Cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma (96%) Meta 100%
- ✓ 95% Adopción de la norma ISO27001:2022 FASE 1 DE 3 (95%) Meta 100%

- ✓ 95% Ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral (95,32%) Meta 100%
Observaciones: Apropiación: \$3.249 millones, Compromisos ejecutados: \$3.097 millones

- ✓ 94% Cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI (94,37%) Meta 100%
- ✓ 93% Avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral (93%) Meta 100%
- ✓ 89% Cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI (89,14%) Meta 100%

Insuficiente

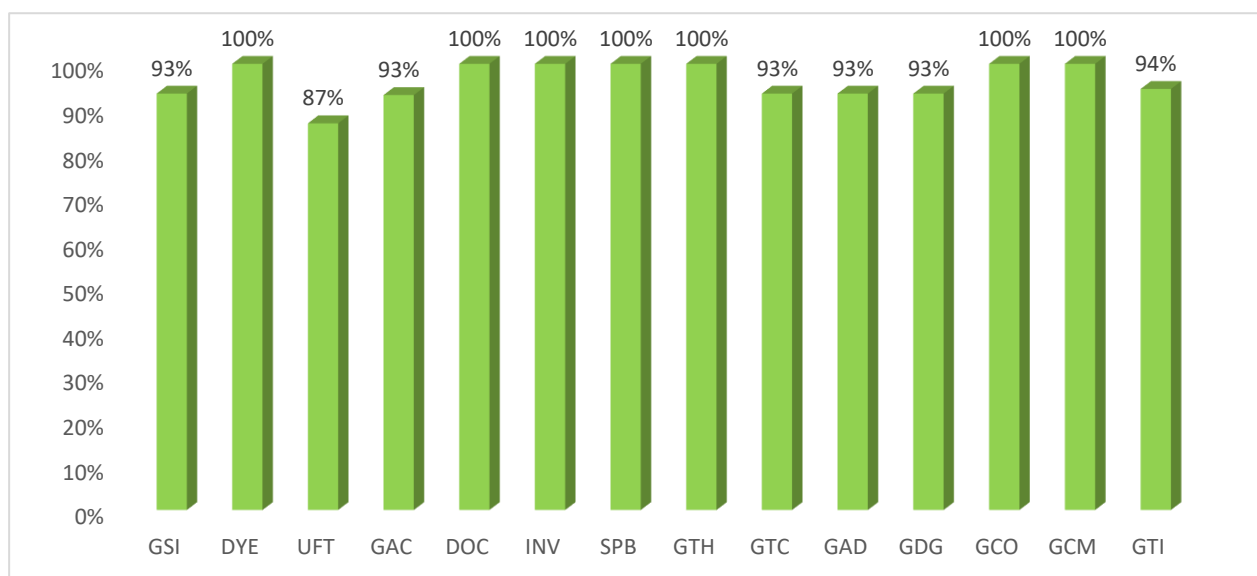
- × 0% Acciones de mejora cerradas oportunamente. Meta 100%
Observaciones: para el trimestre 2 acciones de mejora programadas sin cerrar oportunamente
Grupo área gestión tecnologías de la información:
 - Socializar en el comité directivo el plan de gobierno de dato y presentar en comité de MIPG el resultado del indicador definido en el plan.
 - Presentar informe diagnóstico del estado de las interfases de los sistemas y plantear viabilidad de mejorar la interconectividad entre ellos, ante el comité directivo.

	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 27			

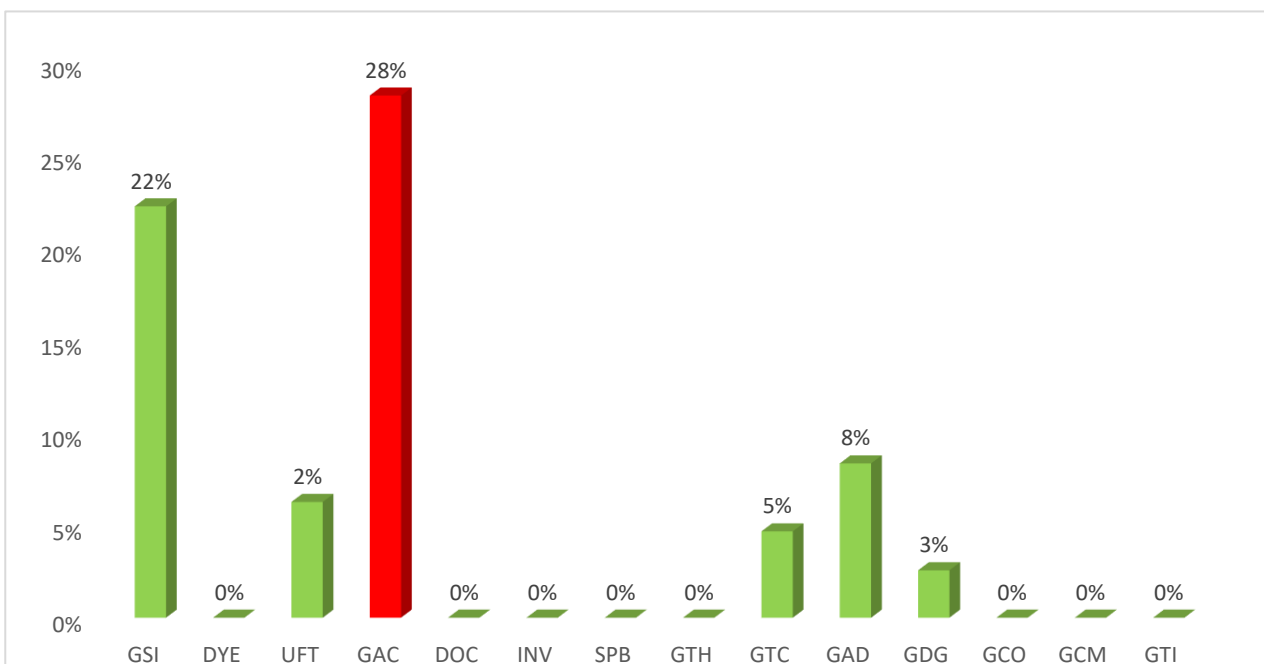
4. CUMPLIMIENTO INDICADORES TRANSVERSALES

A continuación, se relaciona el cumplimiento general de los indicadores transversales para el cuarto trimestre 2023:

4.1 Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos

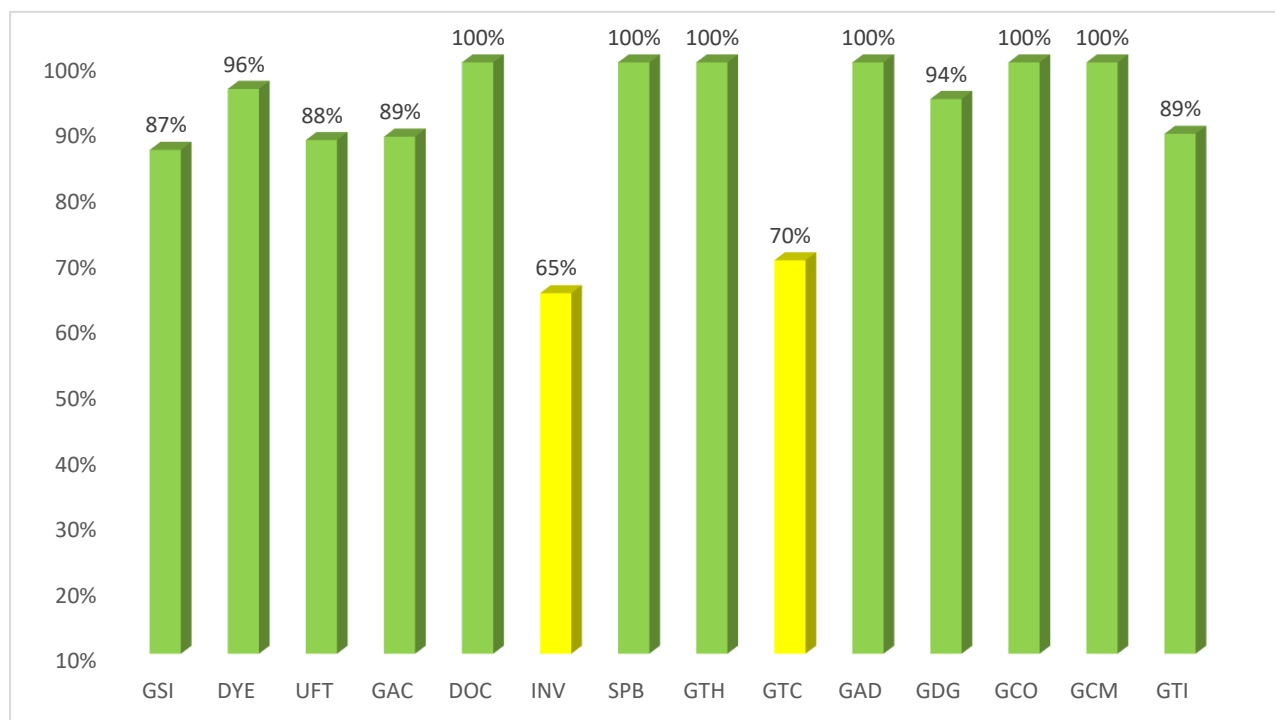


4.2 Porcentaje de riesgos materializados

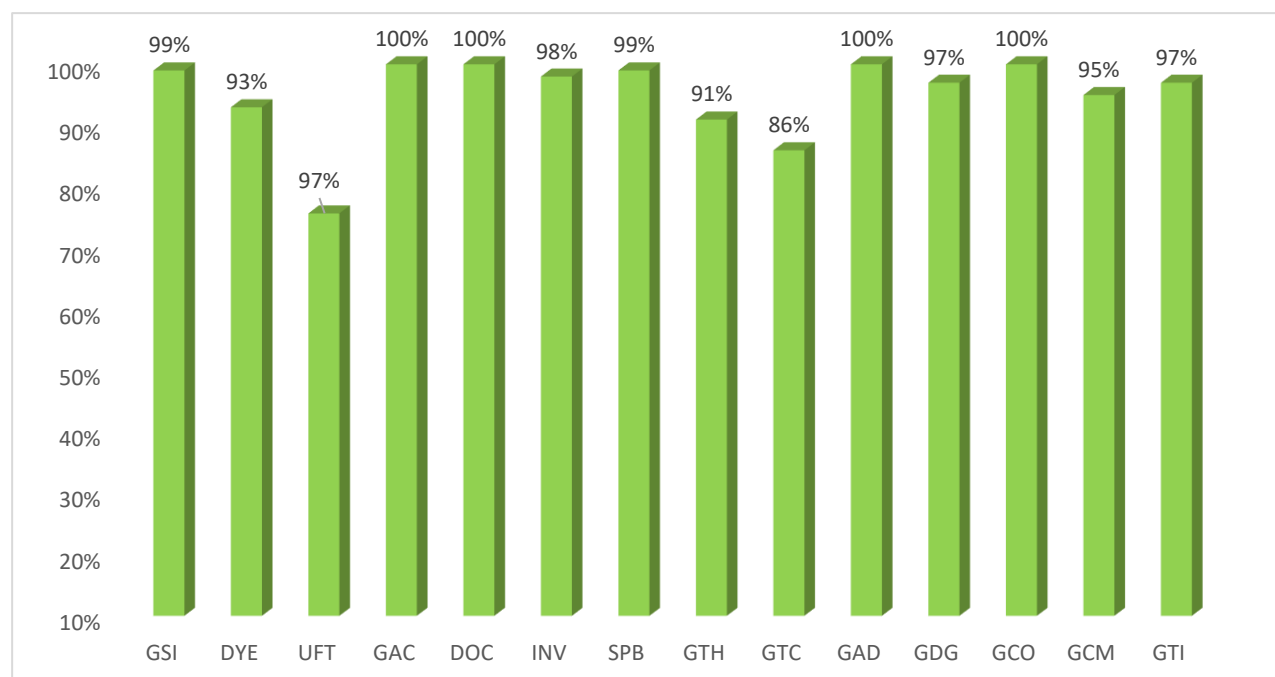


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 24 de 27	

4.3 Oportunidad cargue y análisis indicadores de proceso

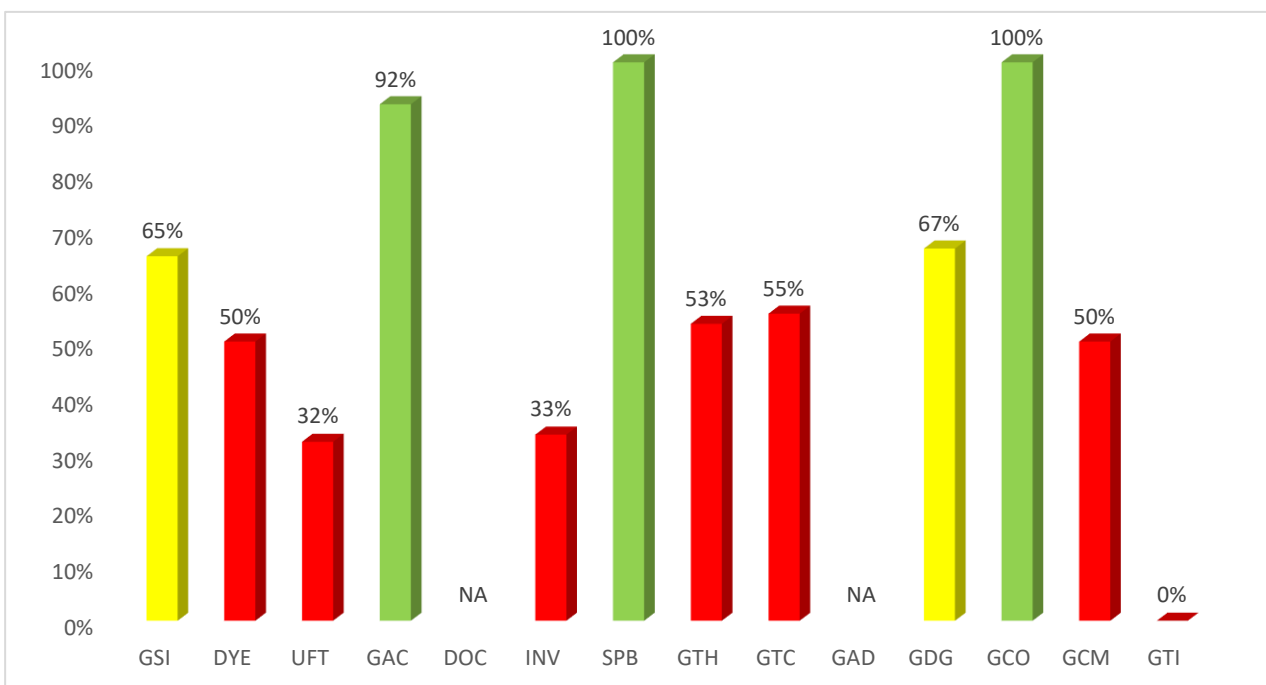


4.4 Oportunidad cargue y análisis indicadores POA.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
Página 25 de 27			

4.5 Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente



4.6 Porcentaje de estudios previos entregados oportunamente

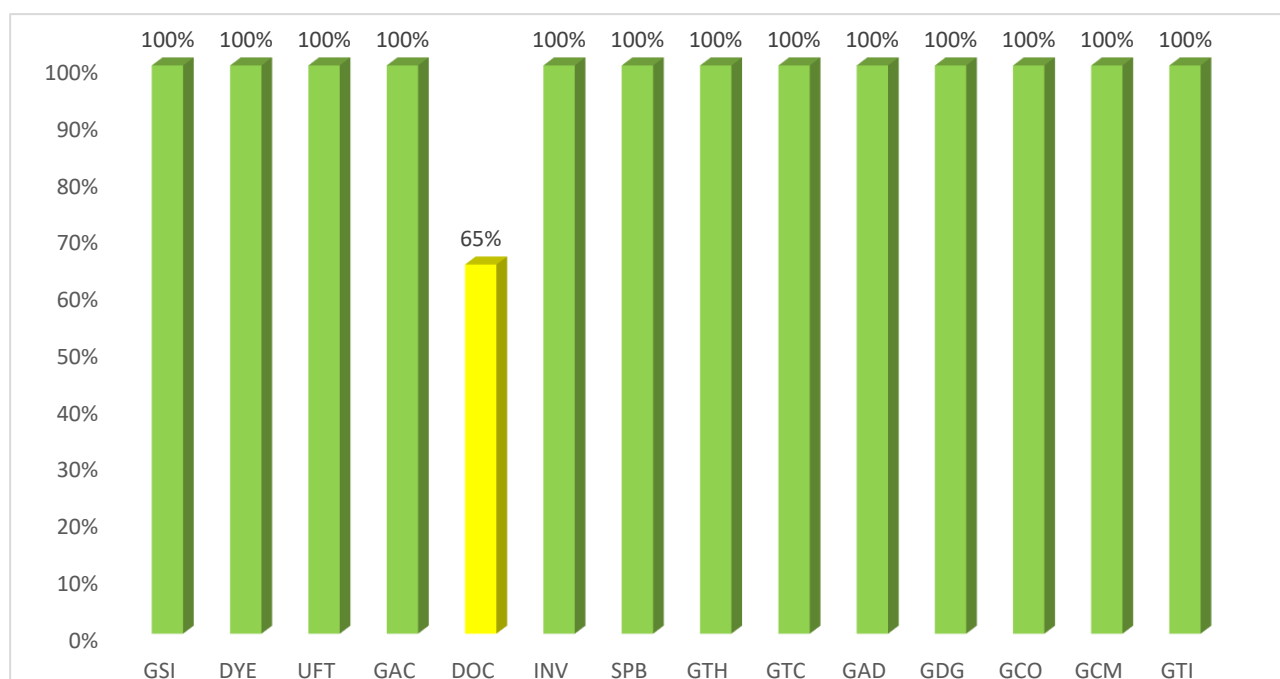
Para el IV trimestre 2023 solo dos procesos tenían programados entrega de estudios previos: Investigación con un cumplimiento del 83% y Gestión Tecnología Clínica e Infraestructura con cumplimiento del 100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME	VIGENCIA:	31-10-2020
		Página 26 de 27	

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 27 de 27			

CONCLUSIONES

El promedio del cumplimiento del POA para el IV trimestre 2023 fue del 92%; 13 procesos obtuvieron cumplimiento avanzado y 1 proceso con cumplimiento satisfactorio

Principales actividades que quedaron con resultados insuficientes son:

- × Indicadores sin cargue y análisis
- × Cierre de acciones de mejora

Giovana Guerrero C

Elaborado por
Hedy Giovana Guerrero Corrales
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

"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