

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 1 de 45                                                                    |                                                |           |              |

## INFORME PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2019-2022, SEGUIMIENTO VIGENCIA 2019



Carolina Wiesner Ceballos  
Directora General

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 2 de 45                                                                    |                                                |           |              |



**Instituto Nacional  
de Cancerología-ESE**  
Colombia  
Por el control del cáncer

## Misión

Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

## Visión

En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.

## Principios

- El buen trato
- La vocación del servicio
- El trabajo en equipo
- La oportunidad de nuestras acciones
- La seguridad de nuestras acciones
- La orientación a resultados

## Valores

- El compromiso con la Institución y su misión
- La responsabilidad sobre nuestros actos
- La transparencia de nuestro actuar
- La consideración por las condiciones y necesidades de los demás
- La creatividad como base de la innovación y la creación de conocimiento

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 3 de 45                                                                    |                                                |           |              |

## CONTENIDO

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. CUANTIFICACIÓN DE EJES, LINEAS, OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2019-2022. .... | 5  |
| 2. RESULTADO DE LA GESTIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2019 .....                       | 5  |
| 2.1. Eje de Dirección.....                                                                                | 6  |
| 2.2. Eje misional .....                                                                                   | 11 |
| 2.3. Eje de apoyo.....                                                                                    | 24 |
| 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....                                                                    | 37 |
| ANEXO 1. METAS PDI 2019-2022, PROGRAMADAS Y CUMPLIDAS VIGENCIA 2019 .....                                 | 38 |

|                                                                                   |                                                       |                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>   | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>  | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b> | <b>05-06-2017</b>   |
| <b>Página 4 de 45</b>                                                             |                                                       |                  |                     |

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología es una entidad del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

Desde su creación en 1934 hasta hoy en día, el instituto se ha considerado como ente asesor del Ministerio de Salud y Protección Social, hospital de alta complejidad, centro de docencia y centro de investigaciones, convirtiéndose en un organismo de referencia para Colombia y Latinoamérica en el tema del Cáncer.

Por lo que se hace necesario articular y armonizar los planes de carácter institucional con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la equidad, contenido en la Ley 1955 de 2019, de tal manera que se obtenga su fortalecimiento estructural y gerencial en el mediano plazo con claros contenidos de eficiencia, economía, transparencia y eficacia institucional.

En las bases del Plan Nacional de Desarrollo quedó establecido que el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología establecerán los objetivos del control del cáncer, específicamente en el control del riesgo, detección temprana, tratamiento integral, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y desarrollo del talento humano en oncología, y que se tendrá como instrumento esencial la política pública y el plan nacional de cáncer, el cual será revisado y actualizado. De igual manera en las bases del citado plan quedó establecido el fortalecimiento del Instituto Nacional de Cancerología como articulador de la investigación de cáncer a nivel nacional, en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación.

Es importante tener en cuenta que este plan se armoniza con el Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social y con el Plan Nacional de Desarrollo, y pretende cumplir con el objeto social del INC ESE, señalado en el artículo 1º del Decreto 5017 de 2009.

Por último, en virtud de lo establecido en los Decretos 1876 de 1994 y 5017 de 2009, la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado, aprobó el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2019- 2022 el día 28 de mayo de 2019, mediante el Acuerdo 008.

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Presentar los resultados de la gestión realizada durante el año 2019 en el Instituto Nacional de Cancerología a través del Plan de Desarrollo Institucional, teniendo en cuenta los siguientes ejes planteados en el Acuerdo 008 del 28 de marzo de 2019: Dirección, Misional y de Apoyo.

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 5 de 45                                                                    |                                                |           |              |

## Objetivos Específicos

- Presentar los resultados de la gestión del Eje de dirección.
- Presentar los resultados de la gestión del Eje misional.
- Presentar los resultados de la gestión del Eje de apoyo.

## 1. CUANTIFICACIÓN DE EJES, LINEAS, OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2019-2022.

El Plan de desarrollo institucional aprobado mediante Acuerdo 008 del 28 de marzo de 2019, cuenta con 3 ejes, 11 líneas, 46 objetivos estratégicos, 169 metas.

A continuación, se presenta la tabla resumen de la cuantificación de ejes, líneas, objetivos, metas e indicadores del plan de desarrollo institucional 2019-2022:

| COMPONENTES | EJES         | LÍNEAS                                                | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | METAS     | INDICADORES |
|-------------|--------------|-------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-------------|
|             | Dirección    | Gestión de desempeño institucional                    | 5                      | 14        | 19          |
|             |              | Imagen corporativa                                    | 4                      | 10        | 17          |
|             | Misional     | Atención y cuidado de pacientes                       | 8                      | 33        | 78          |
|             |              | Docencia                                              | 4                      | 7         | 26          |
|             |              | Investigación                                         | 5                      | 14        | 40          |
|             |              | Salud pública                                         | 8                      | 26        | 45          |
|             | Apoyo        | Gestión financiera                                    | 3                      | 18        | 51          |
|             |              | Gestión estratégica del talento humano                | 3                      | 17        | 41          |
|             |              | Gestión de la tecnología                              | 2                      | 14        | 34          |
|             |              | Gestión comercial                                     | 3                      | 9         | 17          |
|             |              | Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental | 1                      | 7         | 17          |
|             | <b>TOTAL</b> | <b>3</b>                                              | <b>11</b>              | <b>46</b> | <b>169</b>  |
|             |              |                                                       |                        |           | <b>385</b>  |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

## 2. RESULTADO DE LA GESTIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2019

La definición de objetivos para el plan de desarrollo fue definida mediante estrategia participativa con los funcionarios, colaboradores y demás partes interesadas el INC, así como el resultado del estudio del contexto estratégico, el estudio de prospectiva del INC al año 2032 y los resultados del PDI 2015-2018 definiendo así los objetivos, metas e indicadores que surgieron de este análisis.

Se presentan ejes orientados al desarrollo del direccionamiento, objetivos con el enfoque misional de la institución y para el desarrollo de procesos internos que se operativizarán a través de los planes operativos anuales (POA).

|                                                                                   |                                                       |                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>   | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>  | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b> | <b>05-06-2017</b>   |
| <b>Página 6 de 45</b>                                                             |                                                       |                  |                     |

De acuerdo con los resultados obtenidos de los compromisos planteados en los Planes Operativos Anuales (POA), alineados con el PDI y a otras fuentes de información formal, se presentan los resultados del Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2019:

Resultado general por Ejes del Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2019

| <b>EJE</b>              | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
|-------------------------|-----------------------|
| Dirección               | 86%                   |
| Misional                | 88%                   |
| Apoyo                   | 85%                   |
| <b>Promedio general</b> | <b>86%</b>            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

A continuación, se presentan los resultados de la gestión de cada eje con sus líneas estratégicas, objetivos y metas:

## 2.1. Eje de Dirección

La gestión organizacional y los componentes relativos a la gestión de la calidad, gestión del riesgo y control interno se desarrollan a continuación teniendo en cuenta que son parte del actuar institucional.

El porcentaje de cumplimiento para este eje es del 86% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados por línea estratégica

| <b>Línea</b>                       | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
|------------------------------------|-----------------------|
| Gestión de Desempeño Institucional | 88%                   |
| Imagen Corporativa                 | 85%                   |
| <b>Promedio general</b>            | <b>86%</b>            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Resultados por objetivo

| <b>LÍNEA</b>                              | <b>OBJETIVO</b>                                                | <b>% CUMPLIMIENTO</b> |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Gestión de Desempeño Institucional</b> | Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG                | 96%                   |
|                                           | Garantizar la transparencia en el actuar institucional.        | 93%                   |
|                                           | Gerencia del sistema de información institucional.             | 76%                   |
|                                           | Promover la atención humanizada.                               | 73%                   |
| <b>Imagen Corporativa</b>                 | Información de la capacidad instalada institucional.           | 100%                  |
|                                           | Comunicación interna y la cultura de autocontrol.              | 83%                   |
|                                           | Posicionamiento del INC ante la comunidad y la opinión pública | 83%                   |
|                                           | Desarrollar el plan de responsabilidad social.                 | 78%                   |
| <b>Promedio general</b>                   |                                                                | <b>86%</b>            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 7 de 45                                                                    |                                                |           |              |

Resultados por metas:

### **Línea estratégica de Gestión de Desempeño Institucional**

**Objetivo: Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. (96%)**

**Meta:** Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional. (99%)

- 3,4 de calificación de autoevaluación de los estándares de acreditación institucional.

Se realiza la auto evaluación de acreditación en mesas de trabajo por cada estándar, obteniendo como resultado una calificación general de 3.4 subiendo un punto en comparación con la calificación del año 2018 que fue de 3.3. A continuación se relaciona la calificación por cada estándar:

- Direccionamiento: 3,5
- Gerencia: 3,5
- Talento humano: 3,2
- Ambiente físico: 3,7
- Gerencia de la información: 3,6
- Gestión de la tecnología: 3,1
- Mejoramiento de la calidad: 3,2
- 3,5 de calificación de autoevaluación de los estándares de direccionamiento, gerencia, gerencia de la información y mejoramiento.

**Meta:** Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%. (87%)

- El resultado del Índice de desempeño institucional fue de 74,0 frente al promedio de las entidades a nivel nacional del 74.3 y del sector salud del 71.6 el cual evalúa todos los componentes Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para la vigencia 2018\*. De las 9 entidades del sector salud que diligenciaron el FURAG el INC se ubica en el puesto 4 lo cual es favorable como institución.

\*A la fecha se mantienen vigentes los resultados de 2018, una vez se remitan por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública los resultados 2019, se realizará la actualización correspondiente a este informe.

**Meta:** Participar en la definición de los requisitos de habilitación específica para servicios oncológicos. (100%)

- Dado el interés y compromiso del Instituto Nacional de Cancerología, en relación con el proyecto de resolución del Ministerio que tenía por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, se organizó mesa interna de trabajo que culmina con el documento radicado ante el MSPS.

**Objetivo: Garantizar la transparencia en el actuar institucional. (93%)**

**Meta:** Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo. (99%)

- 98,7% de ejecución del programa de auditoría interna basada en riesgo.

|                                                                                   |                                                       |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>        | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>       | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>      | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 8 de 45</b> |                     |

De las 236 actividades programadas para 2019 en el Programa Anual de Auditoría Interna del INC se obtuvo evidencia de ejecución de 233. Las auditorías internas combinadas contaron con un cumplimiento del 100%.

Con respecto a las auditorías especiales, se evidenció que no se realizaron las siguientes auditorías programadas:

- Autoevaluación de buenas prácticas de Elaboración, a la Central de Mezclas
- Autoevaluación de Buenas Prácticas de Manufactura Gases Medicinales
- Autoevaluación de Buenas Prácticas de elaboración de Radiofármacos

**Meta:** Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%. (96%)

- 96,3% de implementación del sistema de gestión basado en riesgos.

**Meta:** Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%. (92%)

- 73,5 de Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. \*

De las 16 políticas que componen MIPG, la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción el INC obtuvo un puntaje de 73.5, ubicándose en la posición 6 de 16, la cual es favorable como institución, sin embargo, para reducir la brecha para lograr 100 puntos se definieron a través del plan de acción MIPG actividades para para lograr un mejor puntaje en la medición de la vigencia 2019.

\*A la fecha se mantienen vigentes los resultados de 2018, una vez se remitan por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública los resultados 2019, se realizará la actualización correspondiente a este informe.

**Meta:** Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información. (87%)

- 87,1% de riesgos tratados en el INC.

**Objetivo:** Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional. (76%)

**Meta:** Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional. (76%)

- 100% de entrega oportuna en los reportes normativos: resolución 1552 de 2013, resolución 4505 de 2012 y resolución 256 de 2016.
- 87,5% de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI de acuerdo con lo programado. Se dio capacitación a: 7 grupos áreas de la subdirección médica, dirección general, subdirección médica, administrativa y de investigaciones, asesoría de calidad, oficina de control interno, gestión comercial y mercadeo.
- 40% de avance en la actualización del procedimiento de sistema de información institucional.

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 9 de 45                                                                    |                                                |           |              |

**Objetivo: Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores. (73%)**

**Meta:** Cumplir al 100% el plan de humanización. (73%)

- 73% de ejecución del plan de humanización, enfocado en las líneas de derechos y deberes/ decálogo de humanización, Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro, espacios y tecnología humanizada y dolor y cuidado paliativo.

#### **Línea estratégica de imagen corporativa**

**Objetivo: Desarrollar el plan de responsabilidad social. (78%)**

**Meta:** Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%. (78%)

- 77,7% de cumplimiento del plan de responsabilidad social, en los ejes temáticos de docencia, tecnología, investigación, transparencia, talento humano, gestión ambiental, gobernanza, derechos humanos y filantropía.

**Objetivo: Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional. (100%)**

**Meta:** Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional. (100%)

- Se cuenta con la estructura de la ficha técnica de capacidad instalada, la cual contiene:
  - Datos generales del prestador, direccionamiento, gerencia, portafolio de servicios, talento humano, gestión de tecnología, ambiente físico, docencia y un resumen.

**Meta:** Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional. (100%)

- Para el plan de producción institucional del año 2020 se proyectaron:
  - Consultas de Control: 102.948
  - Consultas de Primera Vez: 31.070
  - Consultas de Urgencia: 15.623
  - Interconsultas: 40.035
  - Cirugías: 6.625
  - Imágenes Diagnósticas: 95.673
  - Juntas Medicas: 4.025
  - Laboratorio Clínico: 1.192.338
  - Medicamentos: 4.364.680
  - Procedimientos No Quirúrgicos: 334.532
  - Quimioterapias: 11.944
  - Radiofármacos: 8.323
  - Radioterapias: 5.734

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 10 de 45 |              |

**Objetivo: Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol. (83%)**

**Meta:** Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%. (100%)

- 100% de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol.

Publicación mensual en el boletín virtual del Instituto mensajes (clip del control) sobre el fomento de la cultura del autocontrol y socialización mensual mediante memorando interno para los servidores del instituto del folleto virtual en el cual se presentan temáticas relacionadas con el autocontrol y autoevaluación.

- 100% de cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención.

Se realizó el Proyecto de aprendizaje en equipo Autocontrol con Enfoque a la Prevención el cual tuvo como objetivo principal el de desarrollar en los servidores públicos del INC, conocimiento y habilidades para realizar autoevaluación del cumplimiento de sus actividades, así como diseño y seguimiento a los controles descritos en los Procedimientos y para el control de los riesgos, con el fin de cumplir con sus objetivos.

**Meta:** Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%. (94%)

- 100% del personal encuestado conoce los medios de comunicación institucionales, siendo el de mayor uso el correo masivo, seguido del boletín virtual y carteleras.
- 87% de nuestros usuarios ven el canal institucional como el medio mas efectivo de dar información.

**Meta:** Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores. (92%)

- 91% en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales.
- 94% de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales.

**Meta:** Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores. (46%)

- 81% en el nivel de conocimiento de los planes priorizados.
- 10,6% de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de planes priorizados.

**Objetivo: Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública. (83%)**

**Meta:** Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 80% (señalización y medios de comunicación). (100%)

- Se realizó la instalación de los directorios de los edificios E, D, F y la identificación por color según norma NTC 6047 para facilitar la orientación y accesibilidad de los edificios E, B, C, D. Además, se ha marcado con número cada uno de los pisos del edificio de hospitalización y administración.

|                 |                                                |           |              |
|-----------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                 | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                 | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 11 de 45 |                                                |           |              |

**Meta:** Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%. (87%)

- Ahorro en prensa por valor de \$ 10.636.654.500.
- 80 menciones en medios de comunicación.

**Meta:** Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto. (75%)

- 100% de ejecución del plan de cooperación de acuerdo con las 2 actividades programadas.
- Se avanzó en el acuerdo de incorporación a la Alianza Global de St.
- En el mes de junio se realizó la reunión con los miembros de la RINC-ALC.

## 2.2. Eje misional

El eje misional se refiere al fortalecimiento y crecimiento de la atención de pacientes, la investigación, la docencia y las acciones de salud pública, todo ello dentro de la perspectiva descrita en la plataforma estratégica.

El porcentaje de cumplimiento para este eje es del 86% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados por líneas del Eje misional

| LÍNEA                           | % CUMPLIMIENTO |
|---------------------------------|----------------|
| Atención y cuidado de pacientes | 76%            |
| Docencia                        | 97%            |
| Investigación                   | 93%            |
| Salud Pública                   | 93%            |
| <b>Promedio general</b>         | <b>88%</b>     |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

## Línea estratégica de atención y cuidado de pacientes

Resultados por línea

| LÍNEA                                  | OBJETIVOS                                                         | % CUMPLIMIENTO |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Atención y Cuidado de Pacientes</b> | Implementar el modelo de atención centrado en el usuario.         | 100%           |
|                                        | Consolidar la cultura de la seguridad del paciente.               | 96%            |
|                                        | Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales.          | 92%            |
|                                        | Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes. | 92%            |
|                                        | Desarrollar Programas y proyectos para la atención.               | 78%            |
|                                        | Cumplir el plan de humanización.                                  | 73%            |
|                                        | Impactar en la calidad de vida de los pacientes.                  | 40%            |
|                                        | Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer.          | 32%            |
| <b>Promedio general</b>                |                                                                   | <b>76%</b>     |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 12 de 45                                                                   |                                                |           |              |

**Objetivo: Mejorar la atención del paciente con cáncer a través del modelo de atención centrado en el usuario. (100%)**

**Meta:** Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019. (100%)

- Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo con la clasificación normativa del Triage II en promedio 23,7 minutos.

**Objetivo: Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales. (96%)**

**Meta:** Garantizar la calidad del registro de la historia clínica. (100%)

- 90,53% de cumplimiento en la calidad del registro de la historia clínica.

**Meta:** Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente. (100%)

- Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente: 3,4

**Meta:** Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%. (100%)

- 83,2% de estadios clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica.

Se cuantificó los pacientes con tipos de cáncer sólidos, que tienen registrada la estadificación en el campo estructurado de la historia clínica (TNM y FIGO).

**Meta:** Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales. (98%)

- Adherencia de paquetes instruccionales del 97,6%. Esta medición se realiza a través del cumplimiento de los indicadores de cada paquete.

**Meta:** Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados). (82%)

- Tasa de evento adverso del paciente hospitalizado 41.11 en promedio para el año 2019.

**Objetivo: Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales. (92%)**

**Meta:** Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas. (92%)

- 92,08% en promedio de adherencia a guías de práctica clínica de cáncer de cuello uterino y la GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata.
- Promedio anual de la Oportunidad de diagnóstico institucional: 12,25 días.
- Promedio anual de la Oportunidad en el inicio de TTO (quimio, radio o cirugía): 31,33 días.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 13 de 45 |              |

**Objetivo: Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes. (92%)**

**Meta:** Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días. (92%)

- Promedio anual de la Oportunidad de diagnóstico institucional: 12,25 días
- Promedio anual de la Oportunidad en el inicio de TTO (quimio, radio o cirugía): 31,33 días
- La proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad es del 82,91%

**Objetivo: Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente. (78%)**

**Meta:** Diseñar e implementar según fases establecidas el programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos. (100%)

- Se presentó la ficha del proyecto financiado por valor de \$ 73.834.039.311.

**Meta:** Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). (97%)

- Los resultados del programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) se relacionan a continuación:
  - Línea base del indicador del porcentaje de reintervenciones quirúrgicas. 16%
  - 76,7% de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano).
  - 0,32 eventos adversos o complicaciones por cada 100 pacientes quirúrgicos.
  - 6,75% de cancelación de cirugía programada.
  - 66,4 días total de los cuales 11 días de inicio de tratamiento del INC y 55 días de autorización para cirugía.

**Meta:** Alcanzar una calificación de al menos 3.5 en el cumplimiento de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial (Pacas) de acreditación en salud. (91%)

- 3,2 de calificación de autoevaluación de los estándares de estándares del proceso de atención al cliente asistencial (Pacas).

**Meta:** Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. (77%)

- 76,7% de cumplimiento de los estándares de habilitación que aplican para la atención y seguridad del paciente con cáncer.

**Meta:** Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (técnica TBI - Total Body Irradiation-, técnica TSEB -Total Skin Electrón Beam-, IMRT, IGRT, VMAT, radiocirugía intra y extracraneal de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimiento en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia). (55%)

- 55% de avance en la elaboración del protocolo técnica TBI.

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 14 de 45                                                                   |                                                |           |              |

**Meta:** Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá. (50%)

- 50% de avance en la elaboración del documento Unidad de Soporte Oncológico Pediátrico.

**Meta:** Crear la unidad de clínicas endoscópicas al año 2022. (0%)

- En el proyecto de unidad de clínicas endoscópicas se replanteó para que en la vigencia 2020, se presente ante el comité científico para la aprobación técnica ya que la ficha del proyecto se encuentra en proceso de elaboración y en el comité Ad hoc para aprobación presupuestal dado que debe cumplir con los requisitos para esta vigencia.

**Objetivo: Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (73%)**

**Meta:** Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (73%)

- 73% de ejecución del plan de humanización, enfocado en las líneas de derechos y deberes/ decálogo de humanización, Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro, espacios y tecnología humanizada y dolor y cuidado paliativo.

**Objetivo: Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales. (40%)**

**Meta:** Consolidar el soporte oncológico como componente del modelo de atención integral. (60%)

- 80% de avance en la elaboración del informe de diagnóstico de los programas existentes.
- 40% de avance en la elaboración del documento de estrategias de reorganización y articulación del soporte oncológico como componente del modelo de atención integral.

**Meta:** Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en cinco (5) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2019. (0%)

- Pendiente la elaboración del documento de diseño del programa para la evaluación de calidad de vida, en cinco (5) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo.

**Objetivo: Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer. (32%)**

**Meta:** Implementar al 100% el Centro de Gestión integral al Paciente con Cáncer CEGIP en todos los servicios y con todas EAPB con convenio en el INC al año 2020. (96%)

- 95,8% de satisfacción de los usuarios pacientes.

**Meta:** Diseñar el modelo del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP) al año 2019 y realizar la prueba piloto Mínimo en tres servicios con tres Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (0%)

- Pendiente la elaboración de los documentos: modelo del centro de gestión integral al paciente y el diseño del modelo integral de central de citas.

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 15 de 45                                                                   |                                                |           |              |

## Línea estratégica de docencia

Resultados por línea

| LÍNEA            | OBJETIVOS                                              | % CUMPLIMIENTO |
|------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| Docencia         | Obtener el reconocimiento como hospital universitario. | 99%            |
|                  | Mantener y mejorar la oferta en educación formal.      | 93%            |
|                  | Mantener y mejorar la oferta en educación no formal.   | 91%            |
| Promedio general |                                                        | 97%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

### Objetivo: Obtener el reconocimiento como hospital universitario. (99%)

**Meta:** Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2020. (100%)

- 12% de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria para el año 2019.
- 60,97% de docentes del INC con reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES).
- 37,5% de los funcionarios que realizan docencia y se encuentran en el censo docente tienen actividades académicas registradas a su cargo.
- 33,06% de docentes de planta del INC cuentan con la clasificación docente.
- El INC cuenta con 33 convenios docencia servicio activos de los cuales se derivan 272 programas académicos y de estos el 16.54% cuentan con calificación de alta calidad, por parte del MEN.
- 97,65% de satisfacción con las prácticas formativas y gestión de los convenios.
- 97,68% de ejecución comités docencia servicio.
- 100% de servicios asistenciales con informe de capacidad instalada para la oferta docente.
- Se realizó el estudio costo beneficio de la relación docencia servicio y la prestación de servicios de salud.

**Meta:** Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia. (98%)

- 96,3% de cobertura inducción virtual para estudiantes del INC.
- Se realizó el informe de Autoevaluación del Instituto Nacional de Cancerología para ser reconocido como Hospital Universitario.

### Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales). (93%)

**Meta:** Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica. (93%)

- 86,67% de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 16 de 45 |              |

Programas académicos con registro calificados:

- Oncología Radioterápica
- Hemato oncología Pediátrica
- Dermatología Oncológica
- Cirugía Cabeza y Cuello
- Cirugía Oncológica
- Ginecología Oncológica
- Ortopedia Oncológica
- Urología Oncológica
- Med. Dolor y Cuidados Paliativos
- Rehabilitación Oncológica
- Mastología
- Cirugía de mama y tejidos blandos
- Oncología Clínica

Los dos programas a los cuales el Ministerio de Educación no aprobó para 2019 la renovación del registro calificado son Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva y Cirugía Plástica y Microcirugía en convenio con la Universidad Militar Nueva Granada.

- 82 especialistas en entrenamiento rotando en los diferentes servicios según programa base.

**Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión). (91%)**

**Meta:** Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC. (74%)

- 74,13% de ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC.

**Meta:** Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC. (100%)

- 1193 profesionales capacitados de acuerdo con el perfil solicitado en el curso.
- 355 enfermeros y 351 médicos capacitados. Línea de base.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 17 de 45 |              |

## Línea estratégica de investigación

### Resultados por línea

| LÍNEA            | OBJETIVOS                                                                       | % CUMPLIMIENTO |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Investigación    | Articular la INV a través de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación. | 100%           |
|                  | Mejorar el posicionamiento institucional en Ciencia y Tecnología e innovación.  | 100%           |
|                  | Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial. | 100%           |
|                  | Mejorar la gestión del desarrollo de la investigación.                          | 97%            |
|                  | Incrementar la generación y uso del conocimiento.                               | 78%            |
| Promedio general |                                                                                 | 93%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

### Objetivo: Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación. (100%)

**Meta:** Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer. (100%)

- VI Jornadas de investigación en cáncer: Las jornadas de investigación fueron realizadas entre el 27 y 28 de agosto en el hotel Gran Hyatt en la ciudad de Bogotá, en el marco del congreso de los 85 años, el cual contó con la participación de 2844 personas, entre científicos nacionales e internacionales, estudiantes del área de la salud y pacientes.

**Meta:** Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales. (100%)

- Participación del INC en la red internacional (SWOG) con los proyectos:
  - Evaluación de la cirugía sola, la quimioterapia seguida por cirugía o quimioterapia con radioterapia, seguida por cirugía en pacientes con cáncer de pene que se ha extendido a los ganglios linfáticos inguinales.
  - Estudio fase III aleatorizado de un tratamiento adyuvante que compara Doxorrubicina más Ciclofosfamida, seguida por Palcitaxel semanal con o sin Carboplatino para el cáncer de mama invasivo, triple negativo y ganglios positivos o ganglios negativos de alto riesgo NRG-BR003.
  - Estudio fase III aleatorizado de terapia sistémica estándar (sst) versus terapia sistémica estándar más tratamiento definitivo (cirugía o radiación) del tumor primario en cáncer metastásico de próstata S1802.
  - Estudio prospectivo observacional de cohorte para desarrollar un modelo predictivo de neuropatía periférica inducida por Taxanos en pacientes oncológicos S1714.
- Se presentaron 3 perfiles en SWOG Latin America Initiative (SLAI) Monthly meeting of the Clinical Trials Working Group el día 05 de febrero de 2019.
  - Effectiveness at 15 years of the quadrivalent HPV vaccine against invasive cervical cancer: follow-up of Latin American cohorts from two clinical trials (Trujillo).

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 18 de 45 |              |

- Vaginal brachytherapy versus External radiotherapy as adjuvant treatment for cervical intermediate risk cervical cancer patients after hysterectomy and lymphadenectomy (Guerrero and Ballesteros).
- ROSSLAC Cervical Trial: Survival of routine or symptomatic surveillance in locally advanced cervical cancer (Acosta).

**Objetivo: Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCTI). (100%)**

**Meta:** Crear al menos dos (2) grupos de investigación e incrementar el grado de clasificación de al menos dos (2) de los grupos de investigación existentes en el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). Línea base 1 en categoría A1, 2 en categoría B, 4 en categoría C. (100%)

- El INC avaló 4 nuevos grupos en el marco de la convocatoria 833 de 2018 de COLCIENCIAS e incremento del grado de clasificación.

Nuevos avalados no clasificados: Grupo de Investigación en mieloma múltiple y linfomas, Grupo de investigación en oncología radioterápica INC, Grupo de investigación en cirugía de tórax Instituto nacional de cancerología, Grupo de investigación en servicios de salud y cáncer (INC).

- De acuerdo a los resultados de la convocatoria 833 de 2018, publicados en el 2019 por COLCIENCIAS, 7 de los 11 grupos actualmente avalados por el INC fueron clasificados. Dos grupos subieron de categoría, Salud Pública pasó de C a A1 y GREICAH pasó de D a C. El grupo de Biología del Cáncer se mantuvo en A1, mientras que el de Seno y Tejidos Blandos bajo de C a Reconocido.

**Meta:** Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). (100%)

- Línea base 3,22 promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC.
- Factor de impacto en integración del conocimiento: 3,64

**Objetivo: Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto. (100%)**

**Meta:** Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC. (100%)

- Se realizó el Plan estratégico para mejorar la oportunidad de la evaluación de documentos por parte del Comité de Publicaciones Científicas.
- Línea base 262,3 días de oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 19 de 45 |              |

- Colciencias publicó los resultados finales de la Convocatoria No. 830 de 2018 para la Revista Colombiana de Cancerología con ISSN impreso 0123-9015 e ISSN electrónico 2346-0199. Y confirman que quedó clasificada en la categoría C, por estar incluida en el cuartil 4 (Q4) del Índice Bibliográfica Citacional Scimago Journal Rank - SJR.

**Meta:** Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética. (100%)

- Se elaboró el Plan estratégico para mejorar la oportunidad de la evaluación técnico-científica de los proyectos de investigación, acompañado del acta de aprobación en la respectiva Sesión del Comité.
- Línea base 55,8 días de oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética.

#### **Objetivo: Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación. (97%)**

**Meta:** Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación. (100%)

- Se mantiene la certificación del INC en BPC hasta el 22 de noviembre de 2021.

**Meta:** Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional. (100%)

- Revisión del proceso de investigación con el fin de identificar las oportunidades de mejoramiento documentales y realizar la actualización de dicho proceso.
- Se actualizó y publicó el proceso de investigación institucional.

**Meta:** Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación. (92%)

- 64% de estudios de investigación cerrados.
- 84% de proyectos que cumplen con las actividades del cronograma.

#### **Objetivo: Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia. (78%)**

**Meta:** Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar. (100%)

- 19 proyectos extrainstitucionales, de los cuales 8 corresponden a ensayos clínicos de las fases IIB a IV.
- 81 ponencias eventos científicos.

**Meta:** Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación. (100%)

- Incremento del 10.77% en la asignación de recursos externos respecto al año 2018 para los macroproyectos de investigación y salud pública.
- 5 postulaciones a Colciencias:

|  |                                                |                 |              |
|--|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|  | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|  | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|  |                                                | Página 20 de 45 |              |

- Identificación de biomarcadores epigenéticos para diagnóstico temprano de Cáncer del pulmón en muestras mínimamente invasivas.
- Caracterización de transcriptoma circulante de cánceres prioritarios en Colombia y su potencial utilidad clínica: una aproximación a los subtipos moleculares de cáncer colorectal, gástrico y mama a través de la biopsia líquida.
- Identificación de biomarcadores de detección temprana de adenocarcinoma de próstata en orina.
- Análisis de la utilidad de la tamización con pruebas de VPH por auto toma en la adherencia de las mujeres al programa (Estudio Autotoma).
- Perfil molecular e inmunológico.

**Meta:** Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas. (48%)

- 0,87 artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones.
- 5,49 meses de oportunidad de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre.
- Disminuyó en 6, el número de artículos en revistas indexadas frente al año 2018. 23 artículos aceptados en revistas indexadas para 2019.

### Línea estratégica Salud pública

Resultados por línea

| LÍNEA            | OBJETIVOS                                                                                       | % CUMPLIMIENTO |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Salud Pública    | Incremento de la cobertura de tamización en cáncer.                                             | 100%           |
|                  | Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer.                                | 100%           |
|                  | Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer.       | 100%           |
|                  | Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia. | 100%           |
|                  | Contribuir al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer.                              | 87%            |
|                  | Generar recomendaciones en guías de práctica clínica.                                           | 75%            |
|                  | Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país.                               | 75%            |
| Promedio general |                                                                                                 | 93%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**Objetivo:** Contribuir al incremento de la cobertura de tamización en cáncer en el país. (100%)

**Meta:** Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados. (100%)

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 21 de 45 |              |

- Se realizaron 7 brigadas de Detección temprana de cáncer de piel:

1. Puerto Carreño, Vichada: 19 y 20 de marzo de 2019
2. Quibdó Choco: 7 y 8 de mayo 2019
3. Riohacha, Guajira: 30 y 31 de julio 2019
4. San Alberto, Cesar: 10 y 11 de septiembre de 2019
5. San José del Guaviare: 17 y 18 de octubre de 2019
6. Florencia, Caquetá: 26 y 27 de noviembre de 2019
7. Tunja, Boyacá: 3 y 4 de diciembre 2019

En las brigadas se incluyen los cursos regionales de capacitación a profesionales de la salud en temas de detección temprana.

**Objetivo: Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social. (100%)**

**Meta:** Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer. (100%)

- Se realizaron los informes de las acciones de influencia:
  - Para la construcción de la política pública para el control del cáncer - pl 134/2017 cámara de representantes – 255/2018 senado “control de emisiones contaminantes móviles”
  - Para la construcción de la política pública para el control del cáncer – proyecto de ley número 174 de 2018 senado “por la cual se modifica la ley 1335 de 2009”
  - Para la construcción de la política pública para el control del cáncer – proyecto de acuerdo (Concejo de Bogotá) número 271 de 2019 “por medio del cual se crea el programa especial de fomento y promoción para reducir el consumo de sal y de azúcar en el distrito capital y se dictan otras disposiciones”.
  - Para la construcción de la política pública para el control del cáncer – proyecto de acuerdo (Concejo de Bogotá) número 389 de 2019 “por el cual se ordena implementar en el distrito capital una estrategia integral de información, comunicación y educación en salud para la prevención de los efectos de rayos ultravioleta (RUV), lesiones oculares, cutáneas y cáncer de piel”

**Meta:** Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer. (100%)

- Publicaciones:
  - Boletín legislativo y político del mes de marzo.
  - Boletines Boletín Legislativo y Político Nacional mes de noviembre.
  - Boletín Subnacional: Proyectos de acuerdo radicados en el Concejo de Bogotá.
  - Boletín legislativo y político: Iniciativas nacionales y subnacionales: control del cáncer en Colombia.
  - Boletín legislativo y político: Especial de Asbesto.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 22 de 45 |              |

- Boletín legislativo y político: Inicio del primer periodo de la segunda legislatura del cuatrienio 2018-2022. Nuevas mesas directivas y nuevos proyectos radicados relacionados con el control del cáncer.
- 2 acciones de réplica a los medios de comunicación: réplica sobre cifras de cáncer de mama. Diario universal. 31 de octubre de 2019 y réplica de noticia publicada en [www.eltiempo.com](http://www.eltiempo.com). 30 de octubre de 2019.

**Objetivo: Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer. (100%)**

**Meta:** Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional. (100%)

- El día 27 de agosto de 2019, se realizó el Simposio de Vigilancia epidemiológica del cáncer. En el congreso internacional de innovación, tecnología y humanización para el control del cáncer.

**Meta:** Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer. (100%)

- 4 convenios de registros poblacionales vigentes: Barranquilla, Nariño, Bucaramanga, Caldas.

**Meta:** Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer. (100%)

- Información actualizada de mortalidad con bases de los datos del DANE año 2017.

**Objetivo: Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia. (100%)**

**Meta:** Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio. (100%)

- 4 instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados:
  - Clínica occidente de Popayán, 15 de agosto de 2019.
  - Clínica de la mujer de Bogotá, 29 de noviembre de 2019.
  - Hospital universitario San Ignacio de Bogotá, 22 de noviembre de 2019.
  - Instituto Nacional de Cancerología Bogotá, 28 de noviembre de 2019.

**Objetivo: Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer. (87%)**

**Meta:** Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer. (100%)

- Aprobación de 2 Proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer:

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 23 de 45 |              |

- Proyecto Perfil epidemiológico y supervivencia del Melanoma Acral lentiginoso en Colombia. Estudio Multicentrico 2013-2021. fecha de aprobación 12 de junio de 2019. Acta N° 0016-19
- El Comité de Ética e Investigaciones en su cesión del 10 de julio de 2019, aprobó el proyecto: Expectativas de los niños y adolescentes sobre el consumo de frutas, verduras, carnes procesadas y bebidas azucaradas en una institución educativa en Bogotá.

**Meta:** Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país. (100%)

- Estrategias para la cesación del consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos.
- Informe concurso digital “Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore”.

**Meta:** Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH. (60%)

- 60% de avance en la elaboración del documento proyecto de innovación sanitaria para la vacunación contra el VPH en Colombia.

**Objetivo: Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer. (75%)**

**Meta:** Elaborar mínimo 2 guías de práctica clínica al año. (75%)

- Se sometió la guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico.
- 50% de avance la Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de sarcomas y tejidos blandos.

**Objetivo: Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país. (75%)**

**Meta:** Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer. (100%)

- Se realizó el Modelo Estructural de la Red de Instituciones públicas por el control del cáncer.

**Meta:** Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología. (50%)

- 50% de avance en el Diseño del programa de tele oncología.

|                 |                                                |           |              |
|-----------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                 | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                 | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 24 de 45 |                                                |           |              |

### 2.3. Eje de apoyo

El eje de apoyo recoge los objetivos sobre capacidad operativa de la institución.

El porcentaje de cumplimiento para este eje es del 85% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados eje de apoyo

| LÍNEA                                                 | % CUMPLIMIENTO |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| Gestión Financiera                                    | 80%            |
| Gestión Comercial                                     | 91%            |
| Gestión del Talento Humano                            | 77%            |
| Gestión de la Tecnología                              | 95%            |
| Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental | 84%            |
| <b>Promedio general</b>                               | <b>85%</b>     |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

### Línea estratégica gestión financiera

Resultados por línea

| LÍNEA                     | OBJETIVO                                        | % CUMPLIMIENTO |
|---------------------------|-------------------------------------------------|----------------|
| <b>Gestión Financiera</b> | Sostenibilidad financiera.                      | 87%            |
|                           | Diseñar y desarrollar modelos alternativos.     | 83%            |
|                           | Adquisición oportuna de los bienes y servicios. | 70%            |
| <b>Promedio general</b>   |                                                 | <b>80%</b>     |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

### Objetivo: Mejorar la sostenibilidad financiera institucional. (87%)

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional. (100%)

- Se elaboró el documento de plan de austeridad y eficiencia.
- \$2.052.170.891 de ahorro estimado por austeridad y eficiencia.

**Meta:** Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago – ERP. (100%)

- Se elaboró el plan integral a la cartera.
- 100% de ejecución del plan integral de cartera.
- 277 visitas de conciliación de cartera con las ERP programadas y realizadas.

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 25 de 45                                                                   |                                                |           |              |

**Meta:** Incrementar anualmente por lo menos el IPC más 1 punto, los recursos asignados en presupuesto de inversión. (100%)

- 15% de crecimiento real del presupuesto de inversión 2019 vs 2020, de acuerdo con el IPC+1 punto de la vigencia 2019.

**Meta:** Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen un 2% del presupuesto de ingreso anual. (100%)

- Se gestionó el 3,35% de ingresos por fuentes alternas diferentes al recaudo de cartera y subvenciones de la nación.

**Meta:** Obtener una facturación anual por venta de servicios de salud, proyectada con la ejecución del año anterior y con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales. (97%)

- 96,63% promedio anual del porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación.

**Meta:** Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido. (96%)

- 95,63% promedio anual del porcentaje de cumplimiento de las metas de recaudo para el período.

**Meta:** Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación la cartera exigible de un 90% anual (midiendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsiguiente al periodo de facturación). (94%)

- Índice de recaudo de 88,8%
- 36,41% de depuración la cartera.
  - Valor cartera objeto depuración cobrado o depurado en el periodo de facturación con corte dic. 2018: \$ 87.559.664.014
  - Valor cartera referencia corte 2018: \$ 240.463.510.412

**Meta:** Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades. (88%)

- 3 reportes de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades.
- Se realiza análisis general de costos del I semestre y III trimestre de 2019.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%. (80%)

- Se elaboró el plan de intervención de objeciones y glosas.
- 68% de ejecución del plan de intervención de glosa.
- 32,62% promedio de glosa respondida dentro de términos.
- 100% de conciliación de glosa.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 26 de 45 |              |

- 2,25% de glosa definitiva.

**Meta:** Obtener una utilidad neta  $\geq 8\%$  que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional. (54%)

- 4,3% de utilidad neta del INC.

**Meta:** Depurar el 100% del valor registrado con corte a diciembre de 2018 en la cuenta contable de orden. Y mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019. (50%)

- 88,6% de depuración de la glosa contable a partir de 2019.
- 5,85% de depuración de la glosa contable con corte a 2018.

**Objetivo: Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios. (83%)**

**Meta:** Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas. (100%)

- Modelos de productividad existentes:
  - SHOT S.A.S
  - Servicios especializados de cabeza y cuello
  - Asociación oncólogos de Colombia-ONCO
  - Radonco S.A.S
- Nuevo modelo de productividad de la Consulta de oncología pediátrica.
- En desarrollo los nuevos modelos de productividad de: Cirugía Plástica, medicina nuclear y radiofarmacia.

**Meta:** Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras. (50%)

- 50% de avance en la elaboración del documento de diseño de modalidad de comodatos.

**Objetivo: Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC. (70%)**

**Meta:** Mantener una ejecución presupuestal  $\geq 90\%$  anual. (98%)

- 89,66% de ejecución presupuestal.
- 90,26% de ejecución por concepto de gasto: funcionamiento.
- 91,01% de ejecución por concepto de gasto: operación comercial.
- 81,59% ejecución por concepto de gasto: inversión.

|  |                                                |                 |              |
|--|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|  | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|  | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|  |                                                | Página 27 de 45 |              |

- 97,60% de pagos.

**Meta:** Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos. (67%)

- El 20 de octubre de 2019 se consolidó el informe del plan anual de necesidades inicial vigencia 2020.
- El 31 de diciembre de 2019 se presentó ante la Dirección General el informe del plan de necesidades 2020 para consolidación del plan anual de adquisiciones.
- 78,5% de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo.
- 14,89 días de oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización.
- 47,8 días de oportunidad proceso contratación – contratación directa.
- 71,32 días de oportunidad proceso contratación – invitación a cotizar.
- 80,15 días de Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos. (50%)

- Se elaboró el documento de diseño del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual.
- Pendiente la realización de la capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% el procedimiento de importaciones institucional. (0%)

- Pendiente la elaboración del procedimiento de importaciones institucional.

### Línea estratégica gestión del talento humano

Resultados por línea

| LÍNEA                      | OBJETIVO                                   | % CUMPLIMIENTO |
|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|
| Gestión del Talento Humano | Fidelizar el talento humano institucional. | 90%            |
|                            | Mejorar la calidad de vida laboral.        | 80%            |
|                            | Atraer el mejor talento humano.            | 47%            |
| Promedio general           |                                            | 77%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**Objetivo: Fidelizar el talento humano institucional. (90%)**

**Meta:** Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores. (100%)

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 28 de 45 |              |

- Armonización de los 13 procesos de empresas tercerizadas y externalizadas dentro de los cuales se encuentran los incentivos.

**Meta:** Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje. (100%)

- Línea base 0,31 del índice de rotación externa de personal.

**Meta:** Mejorar y medir la implementación del 100% anual de los planes de incentivos, bienestar y sistema de seguridad y salud en el trabajo (Salario emocional / incentivos no pecuniarios). (99%)

- Resolución 0143 de 2019 "Por la cual se adopta el Plan de Incentivos Institucional para los Empleados Públicos de Carrera Administrativa, Empleados de Libre Nombramiento y Remoción, de cada uno de los niveles jerárquicos y mejores equipos de trabajo para el año 2019 del Instituto Nacional de Cancerología ESE.
- 100% de ejecución del plan de incentivos.
- Resolución 0246 de 2019 "Por el cual se adopta el Plan de bienestar del INC para la vigencia 2019."
- 97% de ejecución del plan de bienestar.
- Resolución 016 del Plan de Trabajo Anual de SST, el cual fue aprobado por Dirección el 10 de enero de 2019.
- 96,3% de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

**Meta:** Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales. (71%)

- Resolución 0059 del 11 de febrero de 2019 "Por el cual se aprueba el Plan Institucional de Capacitación - PIC - del Instituto Nacional de Cancerología."
- 93,10% de ejecución del plan de capacitación en cada uno de sus ejes.
- 83% de cobertura del plan de capacitación en cada uno de sus ejes (profesionalización del servidor público, desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad y proyectos de aprendizaje en equipo PAES).
- Pendiente la medición del porcentaje de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas.

**Objetivo: Mejorar la calidad de vida laboral. (80%)**

**Meta:** Disminuir en 0,6 el índice frecuencia de accidentalidad institucional (Línea base 8,1). (100%)

- Índice frecuencia de accidentalidad institucional de 5,33.
- Se logró la disminución de 2,73 puntos del índice frecuencia de accidentalidad institucional. (Línea base 8,1)

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 29 de 45 |              |

**Meta:** Mejorar en tres (3) puntos el clima organizacional teniendo en cuenta la línea de base 2017: 67. (100%)

- Aumento del resultado de clima organizacional: 72,3 puntos frente a la línea base de 68 puntos. El cual se cataloga como un clima organizacional bueno, según la escala de valoración del instrumento.
- Variación positiva de 3,66 puntos de los resultados de clima organizacional.

**Meta:** Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional). (100%)

- Línea base 3,72% de ausentismo por causas definidas.

**Meta:** Reducir en 2 puntos el riesgo psicosocial. (100%)

- Resultado de riesgo psicosocial: 57 puntos
- Se logró reducir en 3 puntos el riesgo psicosocial.

**Meta:** Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. (98%)

- 98,21% de cumplimiento de los estándares de habilitación que aplican a talento humano.

**Meta:** Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de talento humano. (91%)

- 3,2 puntos de calificación de autoevaluación de los estándares de talento humano.

**Meta:** Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional. (75%)

- Plan de intervención de clima y riesgo institucional se estableció mediante resolución No 472 del 25 de junio de 2018 para el periodo 2018-2022.
- 50% de ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional.

**Meta:** Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47). (0%)

- Índice de severidad: 48,23
- Se aumentó el Índice de severidad en 2,73 puntos.

**Objetivo: Atraer el mejor talento humano. (47%)**

**Meta:** Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días. (60%)

- 80% de avance del documento del procedimiento de selección.
- 68 días de oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural).
- 55,7 días en la oportunidad de los procesos de selección - planta.

|                 |                                                |           |              |
|-----------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                 | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                 | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 30 de 45 |                                                |           |              |

**Meta:** Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%. (50%)

- Durante el año 2019 se realizó la apertura de cincuenta y nueve (59) convocatorias de planta de las cuales:
  - Veintiséis (26) convocatorias se declararon desiertas correspondientes a un 44% del total de numero de procesos.
  - Tres (3) convocatorias se anularon correspondientes al 3% del total de numero de procesos.
- 47,3% de convocatorias desiertas.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos. (0%)

### Línea estratégica gestión de la tecnología

Resultados PDI por línea

| LÍNEA                    | OBJETIVO                                                                                | % CUMPLIMIENTO |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Gestión de la Tecnología | Transformación digital y arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI | 97%            |
|                          | Optimizar la respuesta tecnológica de ingeniería clínica.                               | 92%            |
| Promedio general         |                                                                                         | 95%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**Objetivo:** Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información – TI. (97%)

**Meta:** Actualizar al 100% de lo requerido anual de la infraestructura de puestos de trabajo, redes, la ofimática, el data center, basado en los ejercicios de la arquitectura de TI. (100%)

- 100% de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6.
- 100% de avance de renovación tecnológica.
- 100% de implementación de la nueva ofimática.

**Meta:** Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información. (100%)

- 100% de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA). (100%)

- Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA).
- 100% de avance de implementación del MGDA.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 31 de 45 |              |

- 100% de implementación del MGDA en el componente estratégico.
- 100% de implementación del MGDA en el componente documental y de administración de archivos.
- 100% de implementación del MGDA en el componente tecnológico.
- 100% de implementación del MGDA en el componente cultural.
- 100% de implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información. (99%)

- Plan de la seguridad y privacidad de la información.
- 98% de ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información.

**Meta:** Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI). (99%)

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información para la vigencia 2019-2022.
- 98,21% de cumplimiento de implementación del PETI de acuerdo con el cronograma.

**Meta:** Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC. (99%)

- 99% de ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI).

**Meta:** Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas. (80%)

- 75,66% de ejecución el proyecto de sistematización integral.
- 84% de cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral.

**Objetivo:** Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer. (92%)

**Meta:** Identificar el 100% de las necesidades de actualización de tecnologías en salud para la atención integral del paciente con cáncer y priorizar las necesidades de actualización. (100%)

- Documentos aprobados:
  - Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud.
  - Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud.

**Meta:** Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer. (100%)

- Se realizaron 5 evaluaciones tecnológicas correspondientes a:
  - Sistema de navegación quirúrgica.
  - Equipos para la producción automatizada de radiofármacos terapéuticos.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 32 de 45 |              |

- Desintegrador de capsulas- radio farmacia.
- Clitómetro de Flujo para GIBC.
- Equipos para técnica de radioterapia Corporal.

**Meta:** Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. (100%)

- 100% de cumplimiento de los estándares de habilitación que aplican a dotación.

**Meta:** Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico. (98%)

- Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados).
- 99,13% de ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados).
- Plan de aseguramiento metrológico.
- 91,92% de ejecución del plan de aseguramiento metrológico.

**Meta:** Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados). (97%)

- 98,55% de ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC.
- 95% de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC.

**Meta:** Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de gestión de la tecnología al 2019. (89%)

- 3,1 de calificación del estándar de acreditación de gestión de la tecnología.

**Meta:** Renovar e incorporar el 100% de tecnologías en salud requeridas y priorizadas para la atención integral del paciente con cáncer y reducir la obsolescencia al 10%. (67%)

- 100% de adquisición de tecnologías incorporadas.
- 17% de índice de obsolescencia.
- Pendiente la medición del indicador de proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas.

### Línea estratégica gestión comercial

Resultados por línea

| LÍNEA             | OBJETIVO                                                           | % CUMPLIMIENTO |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Gestión Comercial | Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento. | 96%            |
|                   | Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales.          | 91%            |
|                   | Contratación con las entidades responsables de pago ERP.           | 84%            |
| Promedio general  |                                                                    | 91%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 33 de 45 |              |

**Objetivo: Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento. (96%)**

**Meta:** Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial. (100%)

- Plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos.
- 100% de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo.

**Meta:** Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras. (95%)

- Plan de Respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.
- 90,52% del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.

**Meta:** Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista institucional. Línea base: 80%. (89%)

- 84,28% de satisfacción de las aseguradoras.

**Objetivo: Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales. (91%)**

**Meta:** Alcanzar el 10% en la venta de servicios en nichos distintos a las EAPB, (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) con enfoque a la venta de servicios de atención a patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. Línea base: 5% de la facturación. (100%)

- El incremento en las ventas fue de \$ 561.364.997.

**Meta:** Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC. (100%)

- Plan de mercadeo.
- 100% de ejecución del plan de mercadeo.

**Meta:** Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional. (99%)

- Plan de ventas institucional.
- 96,84% de ejecución del plan de ventas institucional.
- 4 convenios con entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud en áreas de educación, promoción, prevención y en general de salud pública:
  - Fondo Empleados HOMI
  - Servicios Humanos en Salud
  - Multiservicios CL- Tiene SAS
  - Vigías de Colombia SRL Ltda.

**Meta:** Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD en al menos 4 sectores de la economía. (66%)

|                                                                                   |                                                |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:   | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:  | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA: | 05-06-2017   |
| Página 34 de 45                                                                   |                                                |           |              |

- 60% de avance en la actualización del portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos.
- 71,42% de cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía.

Se realizó el envío de 10 portafolios de servicios a las entidades de medicina prepagada donde nos reunimos con MEDPLUS el pasado 20 de diciembre y con MAFRE está en revisión de la minuta contractual. Con la EPS Convida se realizó visita comercial al Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano (CPred).

**Objetivo: Fortalecer la contratación con las entidades responsables de pago ERP y demás entidades relacionadas, con un modelo basado en la atención integral y oportuna del cáncer. (84%)**

**Meta:** Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones. (93%)

- 99,9% de gestión de autorizaciones.
- 78% de autorizaciones obtenidas.

**Meta:** Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD. (75%)

- Se encuentra en negociación contrato con la EPS Convida, llevando a cabo el diseño y estandarización de la Nota Técnica del PGP de Cáncer, propuesta para desagregarla por tipo de diagnóstico, detalles de tecnologías incluidas, frecuencia de uso o la cantidad estimada, población, valores, precios y/o tarifas.

### Línea estratégica de infraestructura, gestión ambiental y gestión hotelera

Resultados por línea

| LÍNEA                                                 | OBJETIVO                                              | % CUMPLIMIENTO |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|
| Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental | Mejorar la infraestructura y ambiente físico del INC. | 84%            |
| Promedio general                                      |                                                       | 84%            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

**Objetivo: Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados. (84%)**

**Meta:** Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente. (100%)

- Plan de señalización integral e inclusiva.

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 35 de 45 |              |

- Se realizó la Instalación de los directorios E, D, F., identificación por color de edificios E, B, C, D.

**Meta:** Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas. (100%)

- Plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas.
- 100% de ejecución del plan integral de accesibilidad de acuerdo con lo programado.

**Meta:** Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de ambiente físico. (100%)

- 3,7 de calificación de autoevaluación de los estándares de acreditación de ambiente físico.

**Meta:** Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo. (93%)

- Plan para mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura física y equipo no biomédico.
- 99,4% de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo.
- 74,43% en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo.
- Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo.

**Meta:** Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. (93%)

- 92,73% de cumplimiento de los estándares de habilitación que aplican a infraestructura.

**Meta:** Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP. (71%)

- Aprobación en comité AdHoC del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes.
- 83% de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC.
- 80% de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC.
- 50% de avance en la elaboración de los documentos PMA, PRM de acuerdo con el PEMP.
- 43% de avance en la gestión de licencias de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad).

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 36 de 45 |              |

**Meta:** Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, Plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro. (50%)

- Aumentó el 44,8% el consumo de agua y 5,2% el consumo de energía en el INC Per Cápita.
- 100% de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC.

Tecnologías para el ahorro de agua y luz en el INC. Estas consisten en el cambio de luminarias antiguas a tecnología led, estas nos dan grandes beneficios los cuales son: ahorro de energía, larga duración en su vida útil, protección al medio ambiente, alta eficiencia en iluminación, calidad de luz, ahorro en costes de mantenimiento y son regulables. Cambio de cisternas antiguas por ahorradoras para el ahorro del agua buscando bajar el consumo de este por habitación hospitalaria.

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 37 de 45</b> |                     |

### 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ❖ A nivel del PDI se evalúan los indicadores propuestos el acuerdo 008 del 28 de mayo de 2019 y a la programación durante la vigencia 2019-2022.
- ❖ Las metas que no se cumplieron o que tuvieron cumplimiento menor al 50% se reprograman para la vigencia 2020.
- ❖ A partir de la vigencia 2020 se realizará seguimiento semestral al PDI 2019-2022, de forma que se tome de forma oportuna las decisiones para lograr el cumplimiento de las metas propuestas en el PDI.
- ❖ Se recomienda a los líderes de cada proceso, plantear estrategias internas preventivas de revisión de las metas del PDI a su cargo.
- ❖ Continuamos en la mejora continua en la oportunidad de cargue y análisis de los indicadores de procesos y plan operativo anual (POA), ya que son los insumos para realizar el seguimiento al PDI de cada vigencia.
- ❖ Se recomienda utilizar los sistemas de información oficiales del INC para generar la información.
- ❖ Con respecto a las metas que no se pueden cumplir por diferentes motivos (externos, legales, presupuestales, entre otros) las solicitudes de los inconvenientes presentados y la solicitud de modificación del PDI se debían realizar antes de finalizar la vigencia a la Dirección General para ser presentadas ante la Junta Directiva.

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

|                                                                                   |                                                |                 |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE         | CÓDIGO:         | GSI-P01-F-06 |
|                                                                                   | GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | VERSIÓN:        | 01           |
|                                                                                   | INFORME DE GESTIÓN                             | VIGENCIA:       | 05-06-2017   |
|                                                                                   |                                                | Página 38 de 45 |              |

## ANEXO 1. METAS PDI 2019-2022, PROGRAMADAS Y CUMPLIDAS VIGENCIA 2019

Parámetro de medición (de acuerdo al plan de gestión del gerente):

Metas con cumplimiento  $\geq 71\%$  SI

Metas con cumplimiento  $\leq 70\%$  NO

**Indicador: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional = 82,2%**

Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación: 106

Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación: 129

| N° | METAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUMPLE |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1  | Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cáncer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales.                                                                                                                                                                                        | SI     |
| 2  | Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer.                                                                                                                                                                                                | SI     |
| 3  | Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer.                                                                                                                                                                                                                                       | SI     |
| 4  | Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                  | SI     |
| 5  | Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información.                                                                                                                                                                                                       | SI     |
| 6  | Alcanzar el 10% en la venta de servicios en nichos distintos a las EAPB, (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) con enfoque a la venta de servicios de atención a patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. Línea base: 5% de la facturación. | SI     |
| 7  | Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje.                                                                                                                                                                                                                  | SI     |
| 8  | Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional.                                                                                                                                                                                                                                                     | SI     |
| 9  | Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen un 2% del presupuesto de ingreso anual.                                                                                                                  | SI     |
| 10 | Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer.                                                                                                                                                                                                                                          | SI     |
| 11 | Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional).                                                                                                                                                                                                                            | SI     |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 39 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 12        | Crear al menos dos (2) grupos de investigación e incrementar el grado de clasificación de al menos dos (2) de los grupos de investigación existentes en el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI). Línea base 1 en categoría A1, 2 en categoría B, 4 en categoría C. | SI            |
| 13        | Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio.                                                                                                                                                       | SI            |
| 14        | Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar.                           | SI            |
| 15        | Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer.                                                                                                                                                                                                       | SI            |
| 16        | Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer.                                                                                                                                                                                        | SI            |
| 17        | Mejorar en tres (3) puntos el clima organizacional teniendo en cuenta la línea de base 2017: 67.                                                                                                                                                                                            | SI            |
| 18        | Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA).                                                                                                                                                                  | SI            |
| 19        | Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética.                                                                                                                                                                                    | SI            |
| 20        | Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional.                                                                                                                                                                                                             | SI            |
| 21        | Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional.                                                                                                                                                                                                      | SI            |
| 22        | Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas.                                                                                                                                     | SI            |
| 23        | Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer.                                                                                                                                                                                           | SI            |
| 24        | Diseñar e implementar según fases establecidas el programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos.                                                                                                                                       | SI            |
| 25        | Identificar el 100% de las necesidades de actualización de tecnologías en salud para la atención integral del paciente con cáncer y priorizar las necesidades de actualización.                                                                                                             | SI            |
| 26        | Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial.                                                                                                                                                      | SI            |
| 27        | Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 80% (señalización y medios de comunicación).                                                                                                                             | SI            |
| 28        | Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC.                                                                                                                                                                                                                                     | SI            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 40 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                  | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 29        | Incrementar anualmente por lo menos el IPC más 1 punto, los recursos asignados en presupuesto de inversión.                                                                   | SI            |
| 30        | Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP.                                       | SI            |
| 31        | Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación.                                                                                                  | SI            |
| 32        | Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas.     | SI            |
| 33        | Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente.                                                                                                   | SI            |
| 34        | Disminuir en 0,6 el índice frecuencia de accidentalidad institucional (Línea base 8,1).                                                                                       | SI            |
| 35        | Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC.                                                            | SI            |
| 36        | Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional.                                                                           | SI            |
| 37        | Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%.                                                                | SI            |
| 38        | Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer.                                                      | SI            |
| 39        | Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC.                                                                             | SI            |
| 40        | Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país.                                                     | SI            |
| 41        | Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%.                                                                                                      | SI            |
| 42        | Garantizar la calidad del registro de la historia clínica.                                                                                                                    | SI            |
| 43        | Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de ambiente físico.                                                                                                     | SI            |
| 44        | Actualizar al 100% de lo requerido anual de la infraestructura de puestos de trabajo, redes, la ofimática, el data center, basado en los ejercicios de la arquitectura de TI. | SI            |
| 45        | Participar en la definición de los requisitos de habilitación específica para servicios oncológicos.                                                                          | SI            |
| 46        | Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores.                                                   | SI            |
| 47        | Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados.                                                         | SI            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 41 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 48        | Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019.                                                                                                                                               | SI            |
| 49        | Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional.                                                                                                                                                                                | SI            |
| 50        | Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI).                                                                                                              | SI            |
| 51        | Reducir en 2 puntos el riesgo psicosocial.                                                                                                                                                                                                        | SI            |
| 52        | Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación.                                                                                                                                                    | SI            |
| 53        | Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer.                                                                                                                     | SI            |
| 54        | Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2020.                                                                                                                                                                               | SI            |
| 55        | Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI).                                                                                                                                                           | SI            |
| 56        | Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información.                                                                                                                                                       | SI            |
| 57        | Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC.                                                                                | SI            |
| 58        | Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional.                                                                                                                                                                                    | SI            |
| 59        | Mejorar y medir la implementación del 100% anual de los planes de incentivos, bienestar y sistema de seguridad y salud en el trabajo (Salario emocional / incentivos no pecuniarios).                                                             | SI            |
| 60        | Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo.                                                                                                                                                                          | SI            |
| 61        | Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional.                                                                                                                                                                             | SI            |
| 62        | Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia.                                                                                                                                                                                   | SI            |
| 63        | Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico.                                                                                                         | SI            |
| 64        | Mantener una ejecución presupuestal $\geq 90\%$ anual.                                                                                                                                                                                            | SI            |
| 65        | Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales.                                                                                                                                      | SI            |
| 66        | Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC).                                                                                                                                                                    | SI            |
| 67        | Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. | SI            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 42 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 68        | Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados).                                                                                                                                                                                                                 | SI            |
| 69        | Obtener una facturación anual por venta de servicios de salud, proyectada con la ejecución del año anterior y con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales.                                                                                                                                               | SI            |
| 70        | Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%.                                                                                                                                                                                                                                                          | SI            |
| 71        | Implementar al 100% el Centro de Gestión integral al Paciente con Cáncer CEGIP en todos los servicios y con todas EAPB con convenio en el INC al año 2020.                                                                                                                                                               | SI            |
| 72        | Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido.                                                                                                                                                                                     | SI            |
| 73        | Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.                                                                                                                                                                                                         | SI            |
| 74        | Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación la cartera exigible de un 90% anual (midiendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsiguiente al periodo de facturación). | SI            |
| 75        | Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%.                                                                                                                                                                                                                                                          | SI            |
| 76        | Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo.                                                                                                                                                               | SI            |
| 77        | Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica.                                                                                                                                                                                           | SI            |
| 78        | Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones.                                                                                                                                                                                       | SI            |
| 79        | Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores.                                                                                                                                                                                 | SI            |
| 80        | Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días.                                                                                                                                                                                                                                                               | SI            |
| 81        | Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas.                                                                                                                                                                                                                      | SI            |
| 82        | Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación.                                                                                                                                                                                                                                                | SI            |
| 83        | Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%.                                                                                                                                                                                                                                 | SI            |
| 84        | Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de talento humano.                                                                                                                                                                                                                                                 | SI            |
| 85        | Alcanzar una calificación de al menos 3.5 en el cumplimiento de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial (Pacas) de acreditación en salud.                                                                                                                                                          | SI            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 43 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 86        | Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista institucional. Línea base: 80%.                                                                                     | SI            |
| 87        | Obtener una calificación mínima de 3.5 en el estándar de gestión de la tecnología al 2019.                                                                                                                                                                | SI            |
| 88        | Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades.                                                                                                                                         | SI            |
| 89        | Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%.                                                                                                                                                                                                   | SI            |
| 90        | Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información.                                                                                            | SI            |
| 91        | Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%.                                                                                                                                                                                    | SI            |
| 92        | Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados).                                                                                 | SI            |
| 93        | Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%. | SI            |
| 94        | Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas.                                                                                                             | SI            |
| 95        | Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%.                                                                                                                                                                                                        | SI            |
| 96        | Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.         | SI            |
| 97        | Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional.                                                                                                                                                                         | SI            |
| 98        | Elaborar mínimo 2 guías de práctica clínica al año.                                                                                                                                                                                                       | SI            |
| 99        | Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto.                                                                                                                                                              | SI            |
| 100       | Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD.                                                                                             | SI            |
| 101       | Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional.                                                                                                                                                                       | SI            |
| 102       | Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC.                                                                                                                                                                     | SI            |
| 103       | Cumplir al 100% el plan de humanización.                                                                                                                                                                                                                  | SI            |
| 104       | Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes.                                                                                                                                                                   | SI            |
| 105       | Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales.                                                                                                                             | SI            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 44 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 106       | Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP.                                                                                                                                    | SI            |
| 107       | Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 108       | Renovar e incorporar el 100% de tecnologías en salud requeridas y priorizadas para la atención integral del paciente con cáncer y reducir la obsolescencia al 10%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO            |
| 109       | Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPreD en al menos 4 sectores de la economía.                                                                                                                                                                                                                                           | NO            |
| 110       | Consolidar el soporte oncológico como componente del modelo de atención integral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 111       | Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO            |
| 112       | Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO            |
| 113       | Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (técnica TBI -Total Body Irradiation-, técnica TSEB -Total Skin Electrón Beam-, IMRT, IGRT, VMAT, radiocirugía intra y extracraneal de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimiento en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia). | NO            |
| 114       | Obtener una utilidad neta $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO            |
| 115       | Depurar el 100% del valor registrado con corte a diciembre de 2018 en la cuenta contable de orden. Y mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019.                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 116       | Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 117       | Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO            |
| 118       | Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, vertimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, Plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro.                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 119       | Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO            |
| 120       | Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO            |
| 121       | Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO            |

|                                                                                   |                                                       |                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
|  | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>         | <b>CÓDIGO:</b>         | <b>GSI-P01-F-06</b> |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b> | <b>VERSIÓN:</b>        | <b>01</b>           |
|                                                                                   | <b>INFORME DE GESTIÓN</b>                             | <b>VIGENCIA:</b>       | <b>05-06-2017</b>   |
|                                                                                   |                                                       | <b>Página 45 de 45</b> |                     |

| <b>N°</b> | <b>METAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>CUMPLE</b> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 122       | Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas.                                                                                                                                                                                                                                             | NO            |
| 123       | Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores. | NO            |
| 124       | Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47).                                                                                                                                                                                                                                                | NO            |
| 125       | Diseñar el modelo del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP) al año 2019 y realizar la prueba piloto Mínimo en tres servicios con tres Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).                                                                                                    | NO            |
| 126       | Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos.                                                                                                                              | NO            |
| 127       | Diseñar e implementar al 100% el procedimiento de importaciones institucional.                                                                                                                                                                                                                                         | NO            |
| 128       | Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en cinco (5) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2019.                                                                                     | NO            |
| 129       | Crear la unidad de clínicas endoscópicas.                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO            |

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas