

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 1 de 97			

INFORME PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2019-2022 SEGUIMIENTO VIGENCIA 2021

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE



Nombre: Carolina Wiesner Ceballos
Cargo: Directora General
Fecha: Mayo 26 de 2022



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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 2 de 97			

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.

Nuestros principios

B | Buen trato

Miramos a los ojos, escuchamos.

O | Oportunidad

A tiempo en el lugar requerido.

T | Trabajo en equipo

Trabajamos de manera conjunta.

O | Orientación a resultados

Medimos nuestros logros.

S | Servicio

Ayudamos a los demás.

S | Seguridad

Prevenimos los riesgos del paciente y los laborales.

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.

Nuestros valores



Responsabilidad:
Digno de crédito.



Creatividad:
Innovación.



Consideración:
Con los demás.



Compromiso:
Con el Plan de Desarrollo.



Transparencia:
Cero corrupción.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 3 de 97			

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.

El Instituto cumplió 86 años, y actualmente se desempeña 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.

DESARROLLO DEL INFORME

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.

I. 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 los cuales se les asignó un peso porcentual de 30%, 40% y 30% al eje de dirección, eje misional y eje de apoyo respectivamente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS		VIGENCIA:	14-01-2022
			Página 4 de 97	

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	POND.	LÍNEAS	POND.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	METAS	INDICADORES
	Dirección	30%	Gestión de desempeño institucional	70%	5	14	19
			Imagen corporativa	30%	4	10	17
	Misional	40%	Atención y cuidado de pacientes	25%	8	33	78
			Docencia	25%	4	7	26
			Investigación	25%	5	14	40
			Salud pública	25%	8	26	45
	Apoyo	30%	Gestión financiera	20%	3	18	51
			Gestión estratégica del talento humano	20%	3	17	41
			Gestión de la tecnología	20%	2	14	34
			Gestión comercial	20%	3	9	18
			Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	20%	1	7	17
	TOTAL	3	11		46	169	386

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

II. RESULTADO DE LA GESTIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2021

La definición de objetivos para el plan de desarrollo fue establecida mediante una 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 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).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 5 de 97			

Para el año 2021, se encuentran programadas 142 metas que se desagregan en el **anexo 1** de este documento. A continuación, se relaciona la cantidad de metas por cada eje del PDI:

Eje	Metas programadas 2021
1. Dirección	22
2. Misional	66
3. Apoyo	52
Total	142

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

A continuación, se presentan los resultados del Plan de Desarrollo Institucional, de acuerdo con los compromisos planeados al año 2021:

EJE	LÍNEA	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% Cumplimiento ponderado por línea	% Cumplimiento ponderado por eje
1. Dirección		84%		86%	26%
30%	1.1. Gestión de Desempeño Institucional	90%	70%	63%	
	1.2. Imagen Corporativa	79%	30%	24%	
2. Misional		90%		92%	37%
40%	2.1. Atención y Cuidado de Pacientes	83%	25%	21%	
	2.2. Docencia	97%	25%	24%	
	2.3. Investigación	90%	25%	22%	
	2.4. Salud Pública	99%	25%	25%	
3. Apoyo		92%		92%	27%
30%	Gestión financiera	90%	20%	18%	
	Gestión del talento humano	95%	20%	19%	
	Gestión comercial	92%	20%	18%	
	Gestión de la tecnología	95%	20%	19%	
	Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	86%	20%	17%	
Cumplimiento general		90%			90%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Para la vigencia 2019 en el PDI se obtuvo un resultado del 86% promedio simple y a partir del año 2020 fueron definidas las ponderaciones teniendo en cuenta los lineamientos dados en Junta Directiva.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 6 de 97			

A continuación, se comparan los resultados 2019, 2020 y 2021

Eje	Ponderación	% cumplimiento promedio 2019	% cumplimiento pond. 2020	% cumplimiento pond. 2021
1. Dirección	30%	86%	26%	26%
2. Misional	40%	88%	35%	37%
3. Apoyo	30%	85%	27%	27%
Cumplimiento general	100%	86%	87%	90%

Teniendo en cuenta la información anterior, se presentan los resultados de la gestión de cada eje con sus líneas estratégicas, objetivos y metas:

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 ponderado por línea es del 86% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados por línea estratégica

Línea	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% Cumplimiento pond. por línea	% Cumplimiento pond. por eje
1.1. Gestión de Desempeño Institucional	90%	70%	63%	26%
1.2. Imagen Corporativa	79%	30%	24%	
Cumplimiento general	84%	100%	86%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Resultados por objetivo de las líneas de Gestión de Desempeño Institucional e Imagen Corporativa.

Línea	Objetivo	% Cumplimiento
1.1. Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	100%
	Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional.	95%
	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	88%
	Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	85%
	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión	50%
Total Gestión de Desempeño Institucional		90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 7 de 97	

Línea	Objetivo	% Cumplimiento
1.2. Imagen Corporativa	Desarrollar el plan de responsabilidad social.	100%
	Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional.	100%
	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	77%
	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública.	71%
Total Imagen Corporativa		79%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Resultados por metas:

1.1 Línea estratégica: Gestión de Desempeño Institucional

Objetivo: Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. (100%).

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%)

Indicadores:

- Se realiza informe de autoevaluación de habilitación Resolución 3100 de 2019. El cual incluye los siguientes puntos:

Se realiza con frecuencia anual la autoevaluación de los estándares de habilitación mediante la aplicación de la Resolución 3100 del 2019 (Estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia de servicios).

Para el desarrollo de esta se utilizó lista de chequeo en formato Excel con cada uno de los parámetros definidos en la normatividad, para cada uno de los servicios que se encuentran registrados y habilitados actualmente en el REPS por el Instituto Nacional de Cancerología ESE, y de esta manera realizar la verificación del avance alcanzado en la implementación de la nueva norma.

De acuerdo a resultado obtenido luego de la aplicación de las listas de chequeo de los estándares de habilitación, en los diferentes servicios ofertados por el Instituto Nacional de Cancerología, se evidenció un cumplimiento general del 89.6% de los criterios que aplican a la institución, sin embargo, la Resolución 3100 del 2019, indica el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación para la prestación de los servicios de salud, el cual debe ser del 100% de los ítems que aplican a la institución:

- Estándar infraestructura 86,7%
- Estándar dotación 91,2%
- Estándar de medicamentos y dispositivos médicos 93,2%
- Estándar de procesos prioritarios 85,3%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 8 de 97	

- Estándar de historias clínicas y registros 94,3%
- Interdependencias 100%

Meta: Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%. (100%)

Indicadores:

- 86,8 de índice de desempeño institucional vigencia 2020. Medición a través del FURAG.

El índice de desempeño institucional se mide a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión el cual es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados Institucionales y Sectoriales. El INC para la vigencia 2020 obtuvo un índice de 86.8, el cual se encuentra por encima de media nacional de 83.4, comparado con el año 2018 y 2019, se evidencia un aumento de 12.8 puntos frente al 2018 y frente al año 2019 un aumento del 7.5 puntos, cumpliendo así con la meta institucional de ≥ 85 .

Para el año 2020 el INC ocupó el 3er puesto entre las 11 entidades del sector salud. Cabe resaltar que desde el 2018 se ha trabajado en el plan de acción MIPG como instrumento de planeación y seguimiento de las actividades a desarrollar alineadas con las dimensiones y políticas de MIPG, al cual se hace seguimiento periódico en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Es importante aclarar que dicha medición se realiza año vencido ya que evalúan la gestión del periodo completo, esto por disposición del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) quienes lideran este proceso. Adjunto presentación de resultados 2020.

Resultados MIPG por dimensiones:

- Talento humano: 80,7
- Direccionamiento y planeación: 78,7
- Gestión para resultados: 85,6
- Evaluación de resultados: 80,6
- Información y comunicación: 85,1
- Gestión del conocimiento: 96,5
- Control interno: 85,2

Meta: Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional. (100%)

Indicadores:

- Certificado de acreditación

Se realiza atención visita de otorgamiento los días 6,7,8,9 de septiembre de año 2021, como resultado de esta visita se obtuvo la certificación de acreditación por 4 años.

Total grupo de estándares: 3,21

- Estándares asistenciales - PACAS. 3,18
- Estándares de apoyo: 3,25
- Direccionamiento: 3.4
- Gerencia: 3.2
- Gerencia del Talento Humano: 3.2
- Gerencia del Ambiente Físico: 3.2

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 9 de 97			

- Gerencia de la Información: 3.2
- Gestión de la Tecnología: 3.3
- Estándares de mejoramiento de la calidad: 3,2

Objetivo: Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional. (95%)

Meta: Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional. (95%).

Indicadores:

- 100% de desarrollos de SIAI implementados.
Entró en ambiente de producción en SIAI el modelo de Gestión Comercial, el cual fue creado el 29 de abril de 2021 y publicado el 20 de septiembre de 2021.
- 100% de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares.
Se realizaron los siguientes reportes:
 - Semestral:
Reporte Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (Antes 030 y 056): 29/01/2021, 30/04/2021, 30/07/2021, 28/10/2021
 - Trimestral:
Reporte Decreto 2193 de 2004 de la Presidencia de la Republica: 29/01/2021, 28/04/2021, 19/07/2021
Reporte resolución 4505: 15/01/2021, 24/08/2021, 30/08/2021, 14/10/2021, 18/01/2022
 - Mensual:
Reporte Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud: 12/01/2021, 9/02/2021, 10/03/2021, 9/04/2021, 10/05/2021, 9/06/202, 8/07/2021, 10/08/2021, 10/09/2021, 8/10/2021, 7/12/2021, 5/01/2022
 - Anual:
Reporte Resolución 247 de 2014 del Ministerio de Salud: 25/03/2021
- 100% de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI.
21 capacitaciones realizadas:
 - Capacitación SIAI comité directivo
 - Capacitación SIAI comité seguimiento covid
 - Oficina de calidad (virtual)
 - Oficina de planeación (virtual)
 - Cabeza y cuello (presencial)
 - Radioterapia (presencial)
 - Ginecología (presencial)
 - Cx tórax (presencial)
 - Seno y tejidos blandos (presencial)
 - Neurocirugía (presencial)
 - Farmacia
 - Patología (virtual)
 - Medicina nuclear (presencial)
 - Colon y recto (presencial)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 10 de 97	

- Pediatría (virtual)
 - Laboratorio (presencial)
 - Salud mental
 - Infectología
 - Hematología (presencial)
 - Nutrición y soporte metabólico
 - Cuidados paliativos
- 80% en la socialización del procedimiento de sistema de información institucional.
Se realiza socialización de los productos asociados al procedimiento:
 - Calidad. (Acreditación, boletines, auditorías)
 - Gestión documental. (TRD, consentimiento informado, cero papel, SIAPINC. programa de gestión documental, firma electrónica, firma digital)
 - Sistemas (seguridad digital, TI)
 - Planeación (riesgos, SIAI)

Objetivo: Garantizar la transparencia en el actuar institucional. (88%)

Meta: Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%. (100%)

Indicador:

- 85,1 de índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG) vigencia 2020

El índice de desempeño institucional se mide a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión el cual es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados Institucionales y Sectoriales.

El INC para la vigencia 2020 obtuvo un índice de 86.8, dentro del cual se encuentra la medición del índice de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción el cual fue de 85.1 que comparado con el año 2018 aumentó en 11.6 y frente a 2019 aumentó en 3.2 puntos, lo anterior es consecuencia del arduo trabajo realizado por los líderes de políticas y los responsables de las actividades que desde el 2018 se ha trabajado en el plan de acción MIPG como instrumento de planeación y seguimiento de las actividades a desarrollar alineadas con las dimensiones y políticas de MIPG, al cual se hace seguimiento periódico en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Es importante aclarar que los resultados del FURAG se realiza año vencido ya que evalúan la gestión del periodo completo, esto por disposición del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) quienes lideran este proceso.

Meta: Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario (100%)

Indicadores:

- 100% cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario.
Principales actividades ejecutadas:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 11 de 97			

- Divulgación de los temas disciplinarios en medios masivos institucionales.
- Charla “evite errores que conducen a la falsificación de documentos.”
- Divulgación en medios masivos información relacionada con el Plan anticorrupción.
- Publicaciones de temas relacionados con el Control Interno Disciplinario.

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

Indicador:

- 98,9% de ejecución de auditorías internas y seguimientos.
171,7 actividades ejecutadas y 173 actividades programadas:
 - Auditorías de procesos: 58
 - Auditorías especiales: 18,7
 - Informes: 80
 - Asesorías: 15

Meta: Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%. (92%)

Indicador:

- 92% de implementación durante la vigencia 2021
87,7 actividades ejecutadas de 95 actividades programadas:
Conceptos medidos:
 - 93% de cumplimiento cronograma riesgos. (35 actividades programadas)
 - 95% en el seguimiento y monitoreo. (56 actividades programadas)
 - 88,7% de riesgos tratados. (4 actividades programadas)

Meta: Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información. (89%)

Indicador:

- 88,7% en promedio de riesgos tratados en el INC 2021
Número total de Riesgos Tratados en el INC en el periodo = 12
Total de Riesgos Identificados en el INC en el mismo periodo = 14

Meta: Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional. (50%)

Indicador:

- 50% de cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional.
Se dio cumplimiento a las 5 actividades programadas al I semestre de 2021 las cuales se fijaron en el Plan de riesgo jurídico institucional y corresponden a:
 - El plan de riesgo jurídico Institucional; evidencia Plan de política jurídica institucional.
 - Curso virtual código de integridad; evidencia curso virtual que se encuentra en la página del INC.
 - Cartilla del código de Integridad; evidencia cartilla del Código de integridad y código de integridad.
 - Capacitación de riesgo de gestión; evidencia link de capacitación del Riesgo de Gestión para el grupo de enfermería.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 12 de 97			

- Actas de comité de conciliación por parte del comité de defensa Jurídica; evidencia las actas del comité de conciliación que se encuentran en el SIAPINC.
- No registra dato ni análisis para el II semestre de 2021.

Objetivo: Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores. (85%)

Meta: Cumplir al 100% el plan de humanización. (85%)

Indicador:

- 85% cumplimiento del plan de humanización
- Actividades pendientes por realizar:
- Línea I. Derechos y deberes y decálogo de la humanización: Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC
 - Línea II. Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: Acompañamiento espiritual, Intervenciones desde la humanización, Diplomado comprendiendo el sufrimiento humano.
 - Línea II. Espacios y tecnología humanizada: Uci humanizada
 - Línea IV. Soporte y cuidado paliativo: Cuidados al final de la vida.

Objetivo: Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión (50%)

Meta: Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada al 2021 (50%)

Indicador:

- 50% Nueva propuesta organizacional acorde con el redireccionamiento.

Durante la vigencia 2021, se adelantó el proceso de convocatoria pública con el objeto de: "Adelantar el estudio técnico integral a nivel administrativo, financiero y jurídico que le permita al Instituto Nacional de Cancerología -INC conforme a su objeto y competencias, realizar el ajuste organizacional requerido, para adecuarse a los retos actuales; el estudio se compone de rediseño organizacional, análisis interno y externo, el modelo de operación alineado con su visión y misión, la proyección, elaboración y entrega del estudio de cargas de trabajo, el estudio y propuesta de la estructura organizacional interna de la entidad, las funciones de sus dependencias, la elaboración y socialización del manual de funciones y de competencias laborales, la propuesta de planta de personal con el escenario financiero debidamente cuantificado, las escalas de remuneración, la nomenclatura de los empleos y de acuerdo con la metodología vigente establecida por el DAFP para entidades del orden nacional en lo que resulte aplicable".

El contrato fue firmado el 21 de diciembre de 2021, por lo cual se estima el 50% correspondiente a la fase de planeación y el 50% restante corresponde a la ejecución que está prevista culminar a junio de 2022, obteniendo como producto la propuesta de transformación institucional. Adicionalmente, con el liderazgo de la Dirección General se ha realizado la gestión de la transformación institucional ante las instancias correspondientes.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 13 de 97			

1.2 Línea estratégica de imagen corporativa

Objetivo: Desarrollar el plan de responsabilidad social. (100%)

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

Indicador:

- 100% de cumplimiento del plan de responsabilidad social
Actividades realizadas:
 - Reunión Grupo Eje de Responsabilidad Social
 - seguimiento del cumplimiento por línea y reporte general.
 - Consolidar presupuesto por línea asignado del año /ejecutado.
 - Consolidar presentación de Eje de Responsabilidad Social para visita de acreditación institucional.
 - Seguimiento cumplimiento por línea y reporte general anual.
 - Crear el indicador de proceso de cumplimiento de responsabilidad social.
 - Consolidar antecedentes de las acciones por la línea de acuerdo con la actualización de la política.
 - Solicitar actualización y alineación de los indicadores en el módulo de categorización de SIAPINC.
 - Realizar socialización y difusión institucional de responsabilidad social.
 - Se define el grupo de eje de responsabilidad social y se inició socialización se las líneas en charlas de acreditación y cultura de la calidad, así como video con difusión a todos los colaboradores con las acciones específicas por línea.

Se realizó simulacro de acreditación como preparación de la visita de acreditación para el Grupo Eje de Responsabilidad Social y se creó el indicador de proceso de cumplimiento de responsabilidad social lo que permitirá llevar la trazabilidad institucional para este tema.

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

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

Indicador:

- 100% Plan de producción y ventas institucional
La ficha técnica del plan de producción institucional contiene:
 - Resumen general de producción; Producción proyectada 2021; Apoyo diagnóstico; Unidades médicas; Unidades quirúrgicas; Soporte oncológico; Oncología radioterápica; Apoyo clínico; Enfermería oncológica.
 - Datos generales del instituto.
 - Direccionamiento.
 - Estructura organizacional.
 - Gerencia.
 - Ambiente físico se tiene un resumen del inventario del instituto guiado por el plan medio arquitectónico con los planos de cada una de las áreas con las que cuenta la institución.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 14 de 97			

- Talento humano se tiene un resumen de los funcionarios de planta, tercerizado, contratistas y supernumerarios.
- Gestión de la tecnología está el inventario de activos fijos que posee cada área.
- Portafolio de servicios que indica que servicios están habilitados para la prestación de los servicios.
- Docencia.

La información de capacidad instalada es actualizada mensualmente y se encuentra disponible para consulta de todos los funcionarios y colaboradores del INC en la herramienta SIAPINC.

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

Indicador:

- 100% Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia
Información que contiene la ficha de capacidad instalada (actualizada mensualmente):
 - Datos generales del instituto; Talento humano; GAICA: urgencias adultas; UACAI; Consulta externa; Salas de cirugía y medicina perioperatoria; Hospitalización; Apoyo diagnóstico; Apoyo terapéutico; Radioterapia; Quimioterapia.

Objetivo: Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol. (77%)

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

Indicador:

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

18 actividades ejecutadas de 18 programadas

- 6 socializaciones mediante Memorando Interno para los servidores del Instituto el Folleto virtual en el cual se presentan temáticas relacionadas con el autocontrol y autoevaluación.
- 6 publicaciones en el Boletín mensual del Instituto mensajes (Clip del Control) sobre el fomento de la cultura del AUTOCONTROL.
- 6 socializaciones mediante Memorando Interno para los servidores del Instituto, del Folleto virtual en el cual se presentan temáticas relacionadas con el autocontrol y AUTOEVALUACIÓN.

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

En el año 2021 se ejecutó el Proyecto Autocontrol con Enfoque hacia la Prevención en los Procesos/Procedimientos del Instituto Nacional de Cancerología, el cual tiene como objetivo principal: desarrollar en los servidores públicos, 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.

El número de dependencias capacitadas fue de 24, incluyendo Grupos y Grupos Área.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 15 de 97			

Cada una de las capacitaciones contó con los siguientes contenidos:

- Desarrollo de Autogestión y Autoevaluación mediante herramienta para Programación General de Actividades de la Dependencia y el respectivo seguimiento.
- Definición, implementación y seguimiento de controles definidos en los Procedimientos.
- Definición, implementación y seguimiento de controles identificados para mitigar Riesgo.

Dependencias capacitadas:

- Grupo área unidades médicas, grupo Hemato-Oncología, UACAI, Endocrinología Oncológica
- Grupo área apoyo clínico, grupo GAICA, Servicio Farmacéutico, Banco de Sangre, Esterilización, Cuidado Intensivo, Gestión Integral al Paciente, Gestión Hospitalaria, Medicina Interna e Infectología.
- Grupo área unidades quirúrgicas, grupo cirugía de Tórax, Cabeza y Cuello, Ginecología, Urología, Gastroenterología, Cirugía Reconstructiva, Salas de cirugía.
- Grupo área soporte oncológico, grupo Nutrición y soporte metabólico, Rehabilitación y terapias

Meta: Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80% (92%)

Indicadores:

- 92,6% en el nivel de uso de canales formales internos de pacientes o familiares.
- 90,6% cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos.

Meta: Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores (65%)

Indicadores:

- 77,7% nivel de conocimiento de las políticas institucionales.
- 51,49% cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales.

Se realiza aplicación de cuestionario el cual cuenta con 13 preguntas escogidas aleatoriamente del banco de preguntas que reposan en la asesoría de calidad. Se realiza el diligenciamiento en la herramienta office 365 Microsoft forms, mediante enlace al correo Institucional y estado del WhatsApp Institucional, durante el mes de agosto de 2021.

El Censo del cuestionario de conocimiento de políticas Institucionales del INC, se aplicó a una población total de 1818 funcionarios y colaboradores, de los cuales respondieron un total de 936.

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% de los funcionarios y colaboradores (51%)

Indicadores:

- 82,56% nivel de conocimiento de planes priorizados

Se aplica la encuesta de conocimiento difundida a través del correo institucional del 1 al 14 de octubre de 2021 para el cumplimiento general del INC fue del 82.56%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 16 de 97			

La encuesta consta de 20 preguntas escogidas aleatoriamente del banco de preguntas remitidas por cada líder de plan. Las preguntas tienen cada una un puntaje de 5, completando así los 100 puntos totales. La herramienta utilizada para diseñar y aplicar la encuesta es Microsoft Forms, la encuesta se difundió a través de correo masivo, WhatsApp y circular.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encuentran en nivel avanzado (75%-100%) 12 procesos, los procesos UFT y GCO se encuentran en nivel satisfactorio (60% y 74%) de cumplimiento del nivel de conocimiento de los planes.

- 18,8% cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados.

La encuesta de conocimiento de planes priorizados del INC fue diligenciada por 433 funcionarios y colaboradores, lo que representa el 18.8% de la población total del INC (2301); de acuerdo con el cálculo estadístico, la muestra ideal con intervalo de confianza del 95% fue de 330, sin embargo, la encuesta fue respondida por 433 funcionarios y colaboradores, con un intervalo de confianza del 97%.

Objetivo: Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública (71%)

Meta: Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%. (100%)

Indicadores:

- 100% de cumplimiento en ahorro en prensa gratis.

Para el año 2021, se presentaron 1.414 menciones, con un ahorro promedio en prensa y otros medios de comunicación de \$20.223.611.916. El mes con mayor menciones y ahorro en prensa fue febrero con 756 menciones y un ahorro de \$11.530.994.508 para este mes el medio de mayor retorno de inversión fue televisión con el 50.6%, lo anterior teniendo en cuenta que durante este mes la noticia más destacada fue relacionada con la vacunación COVID 19 en el INC.

- 100% en promedio de figuración general en medios de comunicación.

Se presentaron 1.414 menciones al año, en promedio 118 menciones mensuales.

Meta: Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto (63%)

Indicadores:

- 100% de participación en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL)

Se lideró y participó en la reunión de INC LATAM, en la cual se abordaron dos puntos:

- Respuesta de cada país frente a las propuestas realizadas. Para ello cada director/directora o el delegado/delegada de cada uno de los institutos, dispuso de un espacio para comentarle a los asistentes su decisión y comentarios frente a cada una de las propuestas. Se abordó propuesta por propuesta y cada país expuso su respuesta.
- Propuesta de candidatos para el comité técnico asesor: se propuso la creación de un equipo de asesores técnicos de INC LATAM y que se propongan cada uno de los

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 17 de 97			

candidatos/candidatas desde cada uno de los institutos. Reunión realizada el día 19 de marzo de 2021.

- 62,5% ejecución del plan de cooperación.

Se realizaron 5 actividades de 8 programadas para la vigencia:

- Desarrollar acuerdos, convenios y memorandos de entendimiento con otras entidades, institutos, organizaciones, iniciativas, alianzas, universidades y demás centros científicos que beneficien a las partes y generen un intercambio de experiencias tanto a nivel nacional o internacional: se renovó el acuerdo con St. Jude automáticamente (no requiere de un acuerdo adicional) para que el equipo de oncología pediátrica continúe trabajando en el proyecto Escala de Valoración Temprana (EVAT) en el marco de la firma del convenio entre INC y St. Jude Children's Research Hospital denominado Alianza Global que inició en el año 2020. El INC es el único hospital de la ciudad de Bogotá que hace parte de los 63 centros hospitalarios de Iberoamérica que atienden pacientes oncológicos pediátricos dentro del proyecto EVAT, comenzando la adaptación e implementación de la escala EVAT para disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al cuidado oncológico.
- Participar en las reuniones de los Institutos Nacionales de Cáncer de la región con el propósito de afianzar el relacionamiento e intercambio de conocimiento en el marco de la INC LATAM/LATAM NCI's: Se lideró y participó en la reunión del 19 de marzo (se adjunta acta).
- Desarrollar proyectos de investigación conjunta con entidades, organizaciones y actores nacionales e internacionales: en la reunión de INC LATAM se avaló el desarrollo de proyectos con los diferentes miembros y el National Cancer Center (aplica el acta adjuntada para el punto anterior).
- Acceder a programas de capacitación y formación en docencia (modelos de docencia en programas de formación oncológica) para el fortalecimiento del talento humano; con el propósito de afianzar las cátedras y desarrollar competencias y habilidades que contribuyan a la generación de conocimiento del personal en formación, tanto a nivel de pregrado como de posgrado: se retomó la interlocución con Henry Ford Global System para la capacitación de dos médicos en Estados Unidos.

Pendientes por ejecutar:

- Postularse para ser un centro colaborador del Organismo Internacional de Energía atómica (OIEA)
- Participar en los encuentros científicos realizados por South Western Oncology Group (SWOG)
- Acceder a programas de capacitación y formación en docencia (modelos de docencia en programas de formación oncológica) para el fortalecimiento del talento humano; con el propósito de afianzar las cátedras y desarrollar competencias y habilidades que contribuyan a la generación de conocimiento del personal en formación, tanto a nivel de pregrado como de posgrado.
- Para la vigencia 2021 se llevó a cabo contrato de servicio con Washington University firmado el 8 de octubre de 2021 en cuanto a patrocinar una serie de ensayos clínicos, a través de su unidad de Ensayo de la Red de enfermedades de Alzheimer de herencia dominante.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 18 de 97			

Meta: Implementar en el Instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación). (38%)

Indicador:

- 37,5% implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad.

Se llevó a cabo la señalización de 6 pisos de un total de 16 programados para la vigencia

Se realizó la señalización al 100% de los pisos:

- Edificio D: piso 2 patología
- Edificio C: piso 1 imágenes diagnósticas, piso 2 laboratorio clínico, piso 3 hospitalización oriente
- Edificio B: piso 1 radioterapia, piso 2 radioterapia

Pendientes:

- Edificio E: 5 pisos de consulta externa
- Edificio B: piso 3 radioterapia (biblioteca)
- Edificio C: 3 pisos de hospitalización
- Edificio F: 1 piso de medicina nuclear

2. Eje misional

El eje misional orientado 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 ponderado por línea para este eje es del 91% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados por líneas del Eje misional

Línea	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% cumplimiento pond. por línea	% cumplimiento pond. por eje
2.1. Atención y cuidado de pacientes	83%	25%	21%	37%
2.2. Docencia	97%	25%	24%	
2.3. Investigación	90%	25%	22%	
2.4. Salud Pública	99%	25%	25%	
Cumplimiento general	90%	100%	92%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 19 de 97			

1.1 Línea estratégica de atención y cuidado de pacientes

Resultados por línea de atención y cuidado de pacientes

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% cumplimiento pond. por eje
2.1. Atención y Cuidado de Pacientes	Mejorar la atención del paciente con cáncer a través del modelo de atención centrado en el usuario.	100%	21%
	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes.	100%	
	Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales.	100%	
	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales.	99%	
	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales.	98%	
	Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes.	85%	
	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente.	76%	
	Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer.	66%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

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%)

Indicador:

- Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo con la clasificación normativa del Triage II en promedio 9,27 minutos.

Objetivo: Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes. (100%)

Meta: Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días. (100%)

Indicadores:

- 21,25 días de oportunidad de diagnóstico institucional.
- 22,33 días de oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación.)
- 82,5% de pacientes cumplen con el tiempo de oportunidad

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 20 de 97			

Objetivo: Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales. (100%)

Meta: Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2022. (100%)

- 100% Documento de diseño del programa para la evaluación de calidad de vida, en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo (2021).

Ficha del programa titulado: "Programa para la medición y seguimiento de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes del INC", el cual fue aprobado en la sesión del Comité Científico.

Concepto Financiero otorgado por el comité Ad-Hoc efectuado el día 24 de septiembre de 2021, para la asignación de recursos de los proyectos de Inversión a cargo de la Subdirección General de Atención Médica y Docencia, para el proyecto: C19990300-223 "Programa para la medición y seguimiento de la calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) de los pacientes del INC", fue aprobado con recursos de inversión, para iniciar su ejecución en la vigencia 2022, con un techo presupuestal de: (\$42.500.837) Cuarenta y dos millones quinientos mil ochocientos treinta y siete pesos.

Meta: Consolidar el soporte oncológico como componente del modelo de atención integral. (100%)

- 100% Documento de estrategias de reorganización y articulación del soporte oncológico como componente del modelo de atención integral

Se documenta el Manual para soporte oncológico integral del paciente adulto en SIAPINC con vigencia 27-07-2021, donde se presenta entre otros:

- Objetivos
- Beneficios
- Descripción de servicios prestados
- Identificación de necesidades
- Metodología para tamización de necesidades
- Estrategias:
- Durante 2021 se articuló "... trabajo conjunto por parte del Grupo de Enfermería (GE) y el Grupo Área Soporte Oncológico (GASO) proponen la acción PEGASO (Programa Enfermería – GASO) que no es más que la fusión de las acciones que sean transversales en el cuidado de los pacientes con diagnóstico de cáncer en primera instancia en el ambiente intrahospitalario y darle continuidad en la atención ambulatoria. Estas acciones están alineadas al Programa SOI (Soporte Oncológico Integral), de acuerdo con el ciclo vital de los pacientes..."
- Desde el Servicio de Rehabilitación y Terapias se proponen Rutas Integrales de Atención en Salud para una Rehabilitación temprana y oportuna donde se fortalece el enfoque preventivo (Prehabilitación).
- "Tamización de Necesidades en el paciente con cáncer" que activa la participación de aquellos servicios en salud que son complementarios en el tratamiento del cáncer que materializan el enfoque de la atención humanizada.
- Prueba piloto de "Tamización Intrahospitalaria de Necesidades en el paciente con cáncer" para la identificación del comportamiento particular de la población atendidas en el INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 21 de 97			

Objetivo: Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales. (99%)

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

Indicador:

- 81% 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). $(15.032/18.539) \times 100 = 81\%$

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

Indicador:

- 3,5 de resultado en la encuesta de cultura en seguridad del paciente

La encuesta sobre la cultura de la seguridad del paciente para el año 2021 fue aplicada en 412 personas que laboran en el INC. La metodología implementada para llegar al resultado final del indicador general de percepción de seguridad de los pacientes fue:

- Evaluación descriptiva de los resultados de la encuesta.
- Validación del instrumento y análisis de confiabilidad.
- Identificar el número de factores.
- Análisis factorial.

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

Indicador:

- 100% Tasa de eventos adversos.

Por cada 1000 días estancia se presentan en promedio 39,17 eventos adversos de paciente hospitalizado.

La clasificación de las cinco primeras causas está representada en:

- Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Sospechas de reacciones adversas a medicamentos.
- Cancelación de cirugía.
- Caídas.
- Úlceras por presión.

Las principales causas pueden variar, dada la naturaleza de los eventos adversos.

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

Indicador:

- 97,2% en promedio de cumplimiento. Meta. $\geq 80\%$

Se evaluó un total de 3455 historias clínicas, incluyendo 1848 ambulatorias con 98% de cumplimiento y 1617 de enfermería con 95% de cumplimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 22 de 97	

Meta: Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales. (94%)

Indicador:

- 93,75% de cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales

En el periodo correspondiente al año 2021, se documentaron 16 paquetes instruccionales, los cuales se encuentran publicados en SIAPINC y cuentan con unos indicadores respectivamente para evidenciar la apropiación de los lineamientos referidos en el documento (paquete). De acuerdo con la metodología definida y documentada en el documento del programa de seguridad del paciente, muestra que, de los 16 paquetes registrados, 15 cumplen con el indicador acorde con la ficha técnica establecida.

El paquete instruccional que no cumple con la meta del indicador es "Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado."

Objetivo: Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales (98%)

Meta: Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas. (98%)

Indicadores:

- 5 mediciones de tasa de supervivencia para patologías seleccionadas.
 - Cáncer estómago: casos en seguimiento: 463; supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 38,8%, 27,3% y 21,5% en su orden
 - Cáncer mama: casos en seguimiento: 736; supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 85,4%, 77,6% y 71,1% en su orden
 - Cáncer cuello uterino: casos en seguimiento: 362; supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 72,1%, 58,8% y 52,1% en su orden.
 - Cáncer colon y recto: casos en seguimiento: 471; supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 69,4%, 54,4% y 45,0% en su orden.
 - Cáncer próstata: casos en seguimiento: 410; supervivencia global a 1, 2 y 3 años correspondió a 83,8%, 73,0% y 67,7% en su orden
- 21,25 días de oportunidad de diagnóstico institucional.
- 22,33 días de oportunidad en el inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) desde la estadificación
- 93.6% adherencia a guías de práctica clínica
 - Adherencia a guías de práctica clínica a Cáncer de mama = 180/180 = 100%
 - Adherencia a guías de práctica clínica Linfoma Hodking niños = 2/2 = 100%
 - Leucemia Linfoide Aguda - Pediatría: 13,5/14=96%
 - Linfoma B Difuso de Célula Grande- Adulto: 48,6/49=99%
 - Linfoma Folicular-Adulto: 19,6/21= 93%
 - Linfoma de Células del Manto-Adulto: 2/2=100%
 - Linfoma Hodgkin-Adulto= 12/25=48%
 - Leucemia Linfoblástica Aguda-Adulto: 18,2/21=87%
 - Leucemia Mieloide Crónica-Adulto: 2/2=100%
 - Leucemia Mieloide Aguda-Adulto: 3,6/6=60%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 23 de 97			

Objetivo: Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes. (85%)

Meta: Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes (85%)

Indicador:

- 85% cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes.

Actividades pendientes por realizar:

- Línea I. Derechos y deberes y decálogo de la humanización: Cuantificación del número de agradecimientos presentados por los usuarios al INC
- Línea II. Apoyo al sufrimiento y encuentro con el otro: Acompañamiento espiritual, Intervenciones desde la humanización, Diplomado comprendiendo el sufrimiento humano.
- Línea II. Espacios y tecnología humanizada: Uci humanizada
- Línea IV. Soporte y cuidado paliativo: Cuidados al final de la vida.

Objetivo: Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente. (76%)

Meta: Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma implementada al año 2022. (100%)

Indicador:

- Proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma.

Se presentó en el Comité Científico en su sesión del día 11 de junio de 2021, proyecto “Mejorar la atención y oportunidad en dermatología oncológica del INC” con aprobación técnica

Meta: Posicionar las cirugías de alta complejidad (microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación) en el contexto nacional (2020-2022) (100%)

Indicadores:

- Frecuencias de complicaciones en pacientes de alta complejidad. Línea base. 15.1%

El INC cuenta con una participación del 40% del mercado de cirugía robótica en Colombia, comparado con Marly, Fundación Santa Fe y Shaio.

La línea de base para las complicaciones por cirugía robótica para el periodo descrito es de 15.1% según lo arrojado por este estudio, en los 5 procedimientos más frecuentes. Describiendo una reducción con respecto a cirugía abierta (23.1%) y laparoscópica (34.2%). En cuanto a la estancia hospitalaria la línea de base promedio para la CAR es de 3.35 días en el periodo descrito, integrando los 5 procedimientos más frecuentes. Describiendo una reducción con respecto a la cirugía abierta (7.34 días) y a la laparoscópica (7.34 días)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 24 de 97			

- Porcentaje de cirugías de alta complejidad realizadas. Línea base. 9.5%

131 cirugías realizadas de 1385 pacientes atendidos.

Octubre: 61 cirugías de 470 pacientes atendidos en total.

Noviembre: 41 cirugías de 563 pacientes atendidos en total.

Diciembre: 29 cirugías de 352 pacientes atendidos en total.

Se realiza medición del IV trimestre de 2021, para el cual el promedio de cirugías de alta complejidad realizadas fue de 10%. Este indicador se seguirá midiendo durante 2022 para levantar una línea de base con mayor histórico.

Meta: Mejorar la calidad de la atención en pediatría de niños con leucemia agudas en pediatría implementada en el año 2022 (100%)

Indicador:

- 100% cumplimiento de actividades desarrolladas en el programa de hermanamiento de manera conjunta con St Jude

Aprobación en comité científico de junio del 2021 el Programa fortalecer el manejo integral de los pacientes pediátricos con LLA del INC - Mejorar supervivencias.

El proyecto busca disminuir las muertes evitables en paciente con leucemia mieloide aguda así: implementar el protocolo actualizado en LLA, capitación al grupo de patología en citometría de flujo y oncología pediátrica mejorando la clasificación de los pacientes, tratamiento específico para cada leucemia, disminuyendo muerte toxica por medio del programa EVAT, capacitación a los padres acerca de la enfermedad y signos de retorno rápido al hospital, soporte sicosocial a las familias con niños con LLA por medio de la fundación SANAR, capacitación a médicos que remiten a los pacientes, fortalecer el soporte oncológico pediátrico y presentarnos para aspirar ser UACAI.

Meta: Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022) (100%)

Indicadores:

- Protocolos definidos.

Se trabajaron en red dos protocolos de diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con los síndromes de cáncer hereditario más frecuentes en Colombia, según los datos generados del Programa de Cáncer Hereditario Institucional y la literatura mundial. Estos son:

- Protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con cáncer de mama y ovario hereditario.
- Protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes con Síndrome de Lynch.

- Difundir el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios. Meta. 2

El 12 y 13 de marzo del 2021, en el marco del 4to Concurso de investigación Hernando Sarasti, organizado por la asociación colombiana de hematología y oncología, se difundió el Programa Institucional para la Identificación y Manejo de Familias con Sospechas de Cánceres Hereditarios, los objetivos, las actividades realizadas y los resultados obtenidos. Lo anterior, con el fin de socializar la epidemiología de estos síndromes en colombianos a los Oncólogos Clínicos de diferentes ciudades del

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 25 de 97			

país, de tal forma que conozcan más del tema y tengan claros los criterios de sospecha en su práctica diaria. En este evento, se contó con la participación de 306 asistentes (en su gran mayoría oncólogos y hemato-oncólogos).

El día 29 de junio se realizó la presentación del Programa para la Identificación y Manejo de Familias con Sospechas de Cánceres Hereditarios del INC, en el marco de la socialización del programa para la Creación de una Red Nacional de Cáncer Hereditario en Colombia. En esta reunión hubo como asistentes varios investigadores nacionales de diferentes ciudades del país.

Difusión del Programa de Cáncer Hereditario Institucional ante el XVIII Congreso Bienal de Obstetricia y Ginecología: realizado en el Hotel Grand Hyatt de la ciudad de Bogotá – Colombia, los días 7, 8 y 9 de octubre de 2021 (presencial el jueves 7 de octubre de 2021): Se presentaron resultados del Programa de Cáncer Hereditario, en el módulo de Consejería Genética de Cáncer de Mama. Asistentes al congreso modalidad presencial de 890 y asistentes al congreso modalidad virtual de 703 médicos de la especialidad (de diferentes ciudades del país).

Meta: Evaluar el programa de cirugía asistida por robot al año 2019 (100%)

Indicadores:

- Frecuencia de complicaciones en pacientes de alta complejidad. Línea base. 15.1%
- Comparación de morbilidades de cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas. Línea base. Comp. Cirugía robótica 15.1%; Cirugía abiertas 23%; Cirugía Laparoscópicas. 34%

En su totalidad las CAR (N =179) presentó una tasa de complicaciones de 15.1% de cirugía robótica en comparación con la totalidad de las cirugías abiertas (N =160) de 23.1% y con la totalidad de cirugías laparoscópicas (N =35) de 34.3% lo que significa una reducción absoluta de 8% y de 19.2% en comparación con cirugías abiertas y laparoscópicas respectivamente.

- Comparación de la estancia cirugías abiertas, laparoscópicas y robóticas. Línea base. Cirugía abierta. 7,34 días; Cirugía Laparoscópicas. 7,34 días; Cirugía robótica. 3,35 días.

Con respecto a la estancia hospitalaria documentada se observa una reducción en mínimo 1 día en todos los procedimientos exceptuando en las nefrectomías, con la mayor reducción registrada en las gastrectomías subtotales de 2.53 días (CAR comparado con cirugía abierta) y la menor reducción en las prostatectomías de 1.28 días (CAR comparado con cirugía abierta). La curva de desempeño en los procedimientos de cirugía robótica es adecuada y comparable a la estadística mundial. En promedio las CAR documentaron una estancia hospitalaria de 3.35 días integrando los 5 procedimientos, lo que significa una reducción de 3.99 días en comparación con la cirugía abierta (7.34 días) y laparoscópica (7.34 días).

Meta: Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC) (94%)

Indicadores:

- 1,50% de reintervenciones quirúrgicas en promedio para el año 2021. Máx. 5%
- 63,49% en promedio de la ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófono) en 2021. Máx. 90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 26 de 97			

- En promedio para el año 2021 se presentaron 0,58 eventos adversos o complicaciones por cada 100 pacientes.
- 6,8% en promedio de cancelación de cirugía programada. Máx. 12%
Cirugías canceladas en el periodo = 378
Cirugías programadas en el periodo = 5645
- 42,4 días en promedio de oportunidad inicio de tratamiento de cirugía de los cuales 15 días de inicio de tratamiento de cirugía del INC y 27,4 días por otros motivos. Máx. 55 días

Meta: Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021 (88%)

Indicadores:

- 88% avance en la implementación de la unidad ambulatoria de atención prioritaria al paciente con cáncer adulto.
100% de ejecución presupuestal: valor apropiación: \$53; valor ejecutado: \$53
75% de ejecución de actividades.

Meta: Optimizar el programa de cirugía ambulatoria (87%)

Indicadores:

- 87% cirugías ambulatorias realizadas. Máx. 42%
36,6% de cirugías ambulatorias realizadas
Cirugías ambulatorias realizadas: 2389
Total de cirugías programadas: 6524

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) (84%)

Indicadores:

- 100% incorporación de localizaciones de radiocirugía intra y extracraneal.
Se han realizado 33 radiocirugías a corte de diciembre 2021.
 - Radiocirugías intracraneales (SRS): 22
 - Radiocirugías extracraneales (SBRT) de distintas localizaciones: 11.
- 100% de incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional. Meta. 30% acumulado

36,15% de incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional. En el año se realizaron 182 aplicaciones de braquiterapia ginecológica 3D de alta tasa de dosis de las 635 aplicaciones de braquiterapias ginecológicas de alta tasa de dosis.

- 85% de avance en el diseño del protocolo técnica TBI
- 75% de avance en el diseño de la técnica TSEB.
- 60% incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 27 de 97			

De estas nuevas tecnologías se realizaron en 927 pacientes de los 1542 tratados con radioterapia externa.

Meta: Innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia como estrategia para mejorar la competitividad (2019-2022) (84%)

Indicadores:

- 100% Diseño y aprobación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas al año 2020.

Dentro del macroproyecto de Mejoramiento Continuo y Gestión Tecnológica de las Áreas de Dirección Soporte y Prestación de Servicios Especializados del INC, se encuentra el centro de excelencia se encuentra bajo el proyecto:

“Innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del instituto nacional de cancerología para el manejo del cáncer”, específicamente en el objetivo número 4 Organizar los servicios de Medicina Nuclear, PET-CT, Terapias metabólicas y radiofarmacia para lo que se espera es reducir las listas de espera, optimizando la oportunidad en la toma y entrega de diagnósticos y tratamiento del servicio, mitigando los temas legales asociados a la no atención o demora en los procedimientos, reduciendo los reprocesos asistenciales y administrativos para ofrecer un servicio oportuno y de calidad en las terapias metabólicas.

De igual forma, se busca mejorar la productividad en el servicio y se busca implementar el centro de excelencia para el año 2022. Se está realizando contacto con Bayer para realizar la capacitación en Centros de Excelencia como parte de la implementación.

- 68% implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólica al año 2021

39% de ejecución presupuestal: valor de la apropiación: \$393; valor ejecutado: \$152

97% de cumplimiento de las actividades programadas para el periodo

Meta: Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá (0%)

Indicador:

- Porcentaje implementación del piloto del modelo de soporte oncológico.
No registra dato ni análisis en SIAPINC.

Meta: Implementar un programa de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico (0%)

- Curso en manejo intensivo del paciente hematológico presentado y aprobado al año 2021.
No se elaboró el curso en manejo intensivo del paciente hematológico.

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

Indicador:

- Porcentaje de implementación del programa de clínicas endoscópicas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 28 de 97			

Para la vigencia 2021, el proyecto no fue viable iniciarlo en el nuevo edificio ambulatorio, dado que no se cuentan con las licencias de construcción, sin embargo, se revisa la infraestructura identificando una oportunidad de ampliación sobre la misma área con la que cuenta el servicio, realizando un aprovechamiento del espacio desmedido de sala de espera, donde, con la reubicación de dos consultorios y el aprovechamiento de otras áreas disponibles, se logra obtener una oportunidad de ampliación de 144m2 para el servicio de gastroenterología. Se concluye un valor de adecuación y ampliación del servicio de gastroenterología de \$1.070.503.333,63 pesos.

Meta: Implementar un programa de capacitación en el manejo de enfermería del paciente hematológico al 2022 (0%)

Indicador:

- Curso diseñado y aprobado, para manejo de enfermería del paciente hematológico.
No se elaboró el curso para manejo de enfermería del paciente hematológico.

Meta: Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer al año 2021. (0%)

Indicador:

- Porcentaje de implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario
No registra dato ni análisis en SIAPINC

Objetivo: Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer (66%)

Meta: Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas al año 2021 (100%)

Indicador:

- 100% implementación del modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas.

Durante el 2021 se logró un cumplimiento de los indicadores de gestión, ya que; en cuanto a la Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión en promedio fue de 26.9 horas, por debajo de los rangos de gestión del indicador de 48 horas. Por otro lado, el promedio del Porcentaje de aceptación de pacientes referidos fue del 49%, teniendo en cuenta que, el porcentaje restante, está relacionado con el estado clínico del paciente en el momento de la presentación del paciente.

El procedimiento de referencia y contrarreferencia, se implementa a través del cumplimiento de cada uno de los pasos descritos en el algoritmo desacuerdo con el tipo de solicitud realizada (referencia o contrarreferencia y teniendo como base la ruta del paciente , por lo anterior en cada una de las actividades se hace la verificación respuestica de los documentos requeridos , La pertinencia media , la ecualización de la historia clínica, La disponibilidad de camas, remisión por ala aseguradora , entre otros.) y toda la gestión del procedimiento se verifica a través de las gestión de indicadores de proceso institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 29 de 97			

- Análisis y conclusiones.

* En cuanto a la gestión del proceso de referencia, tanto en el análisis global como en el análisis individualizado por áreas responsables, se evidencia el impacto final en el indicador de gestión encontrándose en el rango inferior a las 48 horas.

* Se recomienda evaluar la oportunidad de cita especializada efectiva, buscando mejorar la satisfacción de las aseguradoras; así como, minimizar el porcentaje de inasistencia por demora en los tiempos de cita efectiva.

* Es importante se fortalezca la oportunidad de la asignación de citas de pacientes adultos, ante el fortalecimiento de la respuesta médica durante los fines de semana, especialmente de aquellas EPS sensibles como Capital Salud y Nueva Eps.

* Se sugiere, el call center o quien haga sus veces realice asignación prioritaria a los pacientes aceptados en referencia para acceder a la consulta médica, considerando mejorar la oportunidad del tiempo en la atención efectiva de los pacientes; priorizándose el agendamiento de pacientes pertenecientes a los aseguradores como Capital Salud y Nueva Eps.

* Se sugiere evaluar el costo beneficio de aceptación de pacientes de aseguradoras con contratos inactivos, o de pacientes en condiciones irregulares, especialmente pediátricos.

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 (98%)

Indicador:

- 97,58% en promedio de satisfacción del usuario.

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%)

Indicador:

- 0% ejecución del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer en tres servicios asistenciales.

Valor de apropiación: \$155; Valor de ejecución: \$0

Resultados por línea de Docencia

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
2.2. Docencia	Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales)	100%	24%
	Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión)	100%	
	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	96%	
	Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	90%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 30 de 97			

Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales). (100%)

Meta: Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica. (100%)

Indicador:

- 100% de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado.

Durante el año 2021 el INC contó con 14 programas de especialidad médico-quirúrgica base en convenio con 3 instituciones de educación superior. De estos, 14 contaron con el registro calificado renovado y vigente. A continuación, se relacionan los programas renovados:

- Oncología Radioterápica
- Hematooncología 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
- Med. Dolor y Cuidados Paliativos

- 126 especialista en entrenamiento activos en la vigencia 2021
43 residentes de primera especialidad y 83 residentes de segunda especialidad.

Objetivo: Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión) (100%)

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

Indicador:

- 100% de ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC. (20/20)
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino, el cual fue realizado el 26 de marzo de 2021 con la participación de 160 asistentes.
- Detección temprana del cáncer de próstata, el cual fue realizado el 15 de abril de 2021 con la participación de 54 asistentes.
- I Encuentro de Enfermería Virtual "Enfermería Oncológica: una experiencia desde el Instituto Nacional de Cancerología y retos a futuro", el cual se realizó el 12 y 13 de mayo, con la participación de 512 personas.
- Detección Temprana del Cáncer Infantil, el cual se realizó el 20 de mayo y tuvo 86 asistentes.
- Detección temprana del cáncer de mama, que se realizó el 22 de junio, con asistencia de 57 personas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 31 de 97	

- Detección temprana de cáncer de próstata realizado el día 8 de julio (327 inscritos y 148 certificados de asistencia)
- Detección temprana de cáncer de piel que se llevó a cabo el 12 de agosto (228 inscritos y 120 certificados de asistencia)
- Consejería breve en cesación de tabaco que se llevó a cabo el pasado 15 de septiembre (252 inscritos y 148 certificados de asistencia)
- Webinar prevención y detección temprana cáncer de mama que se llevó a cabo el 5 de octubre de 2021 con 870 inscritos y 310 certificados entregados.
- Taller registros poblacionales, que se llevó a cabo los días 19, 20 y 21 de octubre de 2021 con una participación de 681 personas.
- Webinar prevención y detección temprana cáncer de mama que se llevó a cabo el día 26 de octubre de 2021 con la asistencia de 394 participantes.
- Curso actualización en toma de muestra VPH, que se desarrolló los días 2 y 3 de noviembre de 2021 en ciudad de San Vicente del Caguán y contó con la asistencia de 15 personas.
- Webinar Cuidados paliativos, que se llevó a cabo el 10 de noviembre con la asistencia de 278 participantes.
- Detección temprana del cáncer de piel, evento que se desarrolló los días 11 y 12 de noviembre de 2021 en la ciudad de Valledupar con la participación de 16 personas.
- Jornadas de investigación, efectuado los días 11 y 12 de noviembre de 2021 con la participación de 488 participantes.
- Detección temprana del cáncer de piel, evento desarrollado los días 18 y 19 de noviembre de 2021 en la ciudad de Pasto con la participación de 12 personas.
- Webinar detección temprana de cáncer de colon y recto, este evento se efectuó el día 23 de noviembre de 2021 y contó con la asistencia de 184 participantes.
- Detección temprana del cáncer de piel, efectuado los días 23, 24 y 25 de noviembre de 2021 en la ciudad de Mocoa con la participación de 18 personas.
- Técnicas inspección vía biliar, evento que se desarrolló los días 25, 26 y 27 de noviembre de 2021 en la ciudad de San Alberto Cesar y contó con la participación de 13 personas.
- Detección temprana del cáncer de piel, que se llevó a cabo los días 2 y 3 de diciembre de 2021 en la ciudad de Pamplona con una asistencia de 11 participantes.

Meta: Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC. (99%)

Indicador:

- 99,21% de perfiles de los profesionales pertinentes al tema del curso capacitados. (2512/2532)

Los perfiles profesionales de los aspirantes a los cursos coinciden con la profesión y el tema de interés en el curso; para el perfil no acorde se encontró 0.79% de aspirantes a los cursos que no coincidía la profesión con el tema del curso, ejemplo profesión de bacteriología con curso estrategias de cesación tabáquica.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 32 de 97			

Objetivo: Obtener el reconocimiento como hospital universitario. (96%)

Meta: Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia. (99%)

Indicador:

- 100% de cumplimiento de los indicadores de la política de docencia

La política de docencia cuenta con siete (7) indicadores de los cuales el 86% (6/7) son inherentes al proceso y uno (1) de ellos forma parte del plan operativo anual (POA), éste último proveniente de un proyecto con múltiples actividades encaminado al cumplimiento de los requisitos para la obtención de la certificación como hospital universitario. Cada uno de los indicadores que conforman las mediciones de cumplimiento de la política de docencia arrojaron, en promedio semestral, un cumplimiento dentro de los estándares establecidos, aportando para el indicador de la política un 100% de desempeño para el primer semestre del año 2021.

Los indicadores son:

- Porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas = 96,84%
- Relación estudiante docente = 100% (1 estudiante por cada docente) (7 es el estándar que define el Min de Salud y Educación como número máximo de estudiantes que deba tener un docente en una práctica formativa de salud)
- Porcentaje de cobertura de inducción para estudiantes del INC = 93.74%
- Porcentaje de ejecución de actividades del proyecto Hospital Universitario = 100%
- Porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada = 100%
- Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios = 99,68%
- Oportunidad en la entrega de material bibliográfico = 99,39%
- 97,16% en promedio de adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación.
- 94,23% en promedio de cobertura inducción virtual para estudiantes del INC.
1013 estudiantes ingresaron al INC y aprobaron el 100% de los módulos de inducción asignados.
1075 estudiantes que ingresaron al INC durante el período evaluado.
- En el mes de diciembre de 2021 se informó oficialmente la acreditación del INC.

Durante el mes de septiembre de 2021, el INC recibió la visita del ente acreditador y para el mes de diciembre se informó oficialmente la acreditación del INC frente al cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en salud. Dentro de estos estándares, la relación docencia servicio contó con requisitos verificados y auditados los cuales fueron resaltados como una de las fortalezas del INC.

Estándares asistenciales - PACAS. 3.1

Direccionamiento: 3.4

Gerencia: 3.2

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 33 de 97			

Meta: Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022. (96%)

Indicadores:

- 16,13% de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria. Meta. 22.5%

Para el año 2021 se realizó la actualización del censo docente contándose con 310 funcionarios con actividad docente. De estos 50 han realizado o se encuentran en proceso de realización de programas de posgrado (especialización o maestría en Docencia Universitaria / Educación para profesionales de la salud).

Esto obedece a la dinámica de rotación de los funcionarios que se han formado, pero han renunciado o se han pensionado. Adicionalmente este es un proceso voluntario como apoyo al reconocimiento del INC como Hospital Universitario. Como mejora que apoya el cumplimiento de la meta institucional se incrementó el porcentaje de apoyos en matrícula para los funcionarios de planta que deseen hacer estos programas de posgrado. Para el año 2022 se continuará gestionando y promoviendo esta meta.

- 64,52% de docentes del INC con reconocimiento de las Instituciones de educación superior (IES). Meta. 75%

Para el año 2021 el INC solicitó a la Universidad Militar y a la Fundación Universitaria Juan N Corpas el reconocimiento docente para 194 docentes. Por procedimiento de cada IES (institución de educación superior) las resoluciones se generan durante el período académico siguiente, razón por la cual estamos a la espera de recibir los actos administrativos. Los docentes restantes deben enviar las hojas de vida actualizadas como requisito para gestionar esta actividad ante las Universidades.

- 100% de docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual. Meta. 75%

Para el año 2021 y con la gestión del grupo de desarrollo del Talento Humano del INC del 2020, se logró incluir la función docente para cada uno de los cargos de la planta que realizan esta actividad. Actualmente 171 funcionarios de planta desarrollan actividades docentes y sus cargos se encuentran en el manual de funciones con la descripción de esta misión.

Resoluciones 155 y 617 de 2020.

- 50,29% docentes de planta del INC con clasificación docente. (86/171). Meta. 45%

Durante los años 2018 a 2021 se han realizado tres convocatorias docentes para clasificación según los parámetros establecidos en la resolución 1013 del 31 de diciembre 2014 por la cual se establecen algunas disposiciones administrativas de carácter interno para el personal que desarrolla funciones de docencia en el INC. En estas convocatorias participaron 86 docentes de planta que se clasificaron en su totalidad. El 36% de los docentes se clasificaron en el nivel más alto de la escala (superior). Se espera que para el 2022 se logre clasificar al menos el 80% del cuerpo docente de planta.

- 30,85% de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa. (62/201). Meta. 30%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 34 de 97	

Mediante los convenios docencia servicio (34) existentes entre las IES (instituciones de educación superior) y el Instituto, se permite realizar prácticas formativas de 201 programas académicos del área de la salud de diversas IES de todo el país; de estos, el 31% son programas que cuenta con alta acreditación, otorgada por el Ministerio de Educación Nacional; es decir, que el 31% de los programas académicos que envían a sus estudiantes a complementar sus planes de estudio con el objetivo de la generación de habilidades clínicas en el INC tienen altos estándares de calidad en educación.

Vale la pena resaltar que esta acreditación es concedida para las IES y no para los escenarios de práctica, y son ellas las responsables de adquirirla, pero contribuye el contar con este título cuando los escenarios de prácticas son reconocidos como entidades acreditadas o referentes, este último es el caso del INC que es reconocido como referente a nivel país en cuanto a la patología oncológica.

- 97,41% en promedio de satisfacción con las prácticas formativas.
- 100% de ejecución comités docencia servicio. (126 CODAS realizados de 126 programados)
- Se presentaron todos los Reportes periódicos a docencia de información de ingresos, costos y gastos.

El total del costo acumulado durante el año 2021 hasta el mes de agosto al centro de costos del grupo de Docencia, fue de \$ 293.843 millones de pesos, los ingresos totales fueron de \$ 40.500 pesos, lo que generó una utilidad neta negativa de -\$293.802 millones de pesos estos datos corresponden con los valores cargados por cuenta contable de este centro de costo, por lo que se determinó que algunos ingresos por docencia están cayendo en otras cuentas, se está trabajando con el área de contabilidad para que estos ingresos se registren en este CECO, se están relacionando en otras cuentas lo que nos afecta el reporte. Recordemos que, para el análisis en este informe se suman los costos y gastos contables para obtener el costo

- 71,79% de ejecución acumulada del plan de bienestar para el personal en formación (acumulado) para la vigencia 2021. (56/78). Meta. 60% acumulado 2019-2021

En el Plan de bienestar para el personal en formación planteado para el INC, se tienen contempladas realizar 78 actividades para la vigencia 2019-2022. Para el año 2021 se llevaron a cabo 56 de las 78 actividades planteadas para un cumplimiento del 71.79% en acumulado para el plan.

Actividades 2021 por líneas y componentes:

- Línea inducción, componente inducción.
 - Línea salud, componente física y psicológica.
 - Línea cultura y recreación, componente actividades institucionales.
 - Línea competencias, componentes reconocimientos y fortalecimiento.
 - Línea responsabilidad, componente apoyo económico.
 - Línea alimentación y descanso, componente apoyo para la alimentación y disponibilidad de área de descanso.
- 51,85% de implementación del plan de desarrollo docente del INC. Meta 25% (acumulado) 2019-2021.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 35 de 97			

En el Plan de desarrollo docente propuesto para el INC, se tienen contempladas realizar 22 actividades o estrategias para ser desarrolladas durante la vigencia 2019-2022, posterior a la implementación de las medidas preventivas por COVID 19 se ajusta la matriz de seguimiento de dichas actividades programando finalmente 27 actividades en total, toda vez, que se obligó a replantear las metodologías de los cursos definidos que se realizarían de manera presencial y que las IES deben migrarlos a modalidad virtual y a su vez la alineación con el de plan de capacitaciones institucional.

Para el año 2021 se logró acumular 14 de las 27 actividades planteadas en el plan para un 51.85% de cumplimiento.

Objetivo: Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC. (90%)

Meta: Contar con estudio de factibilidad al año 2021. (90%)

Indicador:

- Este documento cuenta con conceptos que van desde fundación universitaria, institución de educación superior hasta los requisitos que se deben presentar para ser una de estas organizaciones.

Conclusiones del informe:

- Es necesario contar con un estudio específico de factibilidad socio económica que le permita al INC determinar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria.
- Se debe continuar definiendo como meta institucional el incremento en el porcentaje de funcionarios que realizan docencia con formación de posgrado en educación superior y/o docencia universitaria, pues la brecha identificada es mayor al 80%.
- Debe considerarse y establecerse estrategias para contar con el apoyo técnico de una institución de educación superior con la experticia técnica en programas de pregrado.
- Medicina y posgrado médico quirúrgico que le aporte elementos de valor a la meta de la Fundación Universitaria INC.
- La actual infraestructura del INC como escenario de práctica formativa para estudiantes de los diferentes programas de pre y posgrado en salud, requiere considerar su ampliación en cuanto a aulas de enseñanza y espacios de bienestar que le permitan cumplir con los aspectos mínimos definidos en las normas consultadas.
- El prerrequisito de ofrecer el programa de Medicina y /o programas en ciencias básicas para la oferta de programas de posgrado médico quirúrgico por parte de la Fundación Universitaria, debe ser validado e investigado a fondo con las instancias pertinentes.
- La idea de la Fundación Universitaria debe ser alineada con el objetivo institucional en curso relacionado con el cambio de razón social del INC, pues este aspecto tiene profundas implicaciones jurídicas y técnicas que apoyarían o no el proyecto de la mencionada Fundación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 36 de 97	

1.3 Línea estratégica de investigación

Resultados por línea de Investigación

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
2.3. Investigación	Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCTI)	100%	22%
	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	99%	
	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	94%	
	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	86%	
	Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto	80%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

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

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

Indicadores:

- 2,53 en promedio de factor de impacto *Institute for scientific information* ISI de publicaciones el INC.

De las 37 publicaciones aprobadas e indexadas en revistas ISI, la sumatoria de los FI de estas publicaciones fue de 93,71.

- 4.86 de factor de impacto en integración del conocimiento.
Número de citas efectuadas en dic/2021, de publicaciones realizadas en 2019-2020=481 citas. Publicaciones realizadas en 2019-2020= 99 publicaciones.

Objetivo: Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación. (99%)

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

Indicador:

- Se mantiene la certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador hasta tanto el INVIMA realice la visita al INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 37 de 97			

El INC el día 27 de septiembre 2021, realizó trámite ante Invima para visita de Recertificación en BPC (se adjunta evidencia) no obstante a la fecha de reporte en ente certificador (Invima) no ha realizado la inspección por lo tanto y según indicación de esta institución el certificado del INC en BPC se mantendrá vigente hasta que concluyan las inspecciones.

Relación de Instituciones certificadas a diciembre 2021 y link de consulta disponible en: https://www.invima.gov.co/documents/20143/4253203/BPC_1_IPS_Certificadas_Enero_2022.pdf

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

Indicador:

- 100 % Implementación del proceso de investigación rediseñado (2020-2022)

Para el año 2021 se definió la revisión de dos procedimientos pertenecientes al Proceso de investigación, las conclusiones fueron:

- INV-P03 - Procedimiento para Laboratorio de Investigaciones, del cual se concluyó que este a la fecha No es pertinente y por lo tanto debía eliminarse del SIAPINC, actividad que fue realizada. (Acta AI-21-02943 del 23-11-2021)
- INV-P05 - Procedimiento Gestión y análisis de datos, del cual se concluyó que este continua y se realizó la actualización v3 correspondiente en el SIAPINC.

Meta: Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación. (98%)

Indicador:

- 73,17% de estudios de investigación cerrados.

Se logró el cierre de N=30 proyectos, de los proyectos que estaban programados para cierre en 2021 (acumulados N=41), cumpliendo así un 73.17% y superando la meta del año (66%). Esto denota la mejora continua del proceso ya que al compararse con la vigencia anterior (2020=81,8% se ven reflejados el trabajo activo de los investigadores, coordinadores operativos, comité de ética y monitoria.

Los 30 proyectos cerrados se desagregan así:

- ✓ 19 proyectos de las áreas asistenciales. = 63% participación
- ✓ 11 proyectos de investigación y salud pública. = 37% participación

- 96,3% de los proyectos cumplen con las actividades del cronograma. (156/162)

Con corte al mes de diciembre de 2021 el 96,3% de los proyectos cumplen cronograma vigente (156) proyectos de investigación de los (162) proyectos en curso. Se observa una mejora de 0,3 puntos porcentuales respecto al año 2020 donde se obtuvo un (96%) en el cumplimiento de los cronogramas, evidenciando esto que los planes de acción que se han implementado han repercutido en esta mejora. Para el año 2021 se procuró mantener la ayuda en los meses de noviembre y diciembre con 1 perfil que ejerció las actividades de coordinación operativa de algunos proyectos sin personal.

Los proyectos que cumplen con las actividades del cronograma se desagregan así:

- 110 subdirección médica y docencia = 71% participación
- 41 subdirección de investigaciones = 26% participación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 38 de 97			

- 4 dirección = 2,5% participación
- 1 subdirección administrativa = 0,6% participación

Objetivo: Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación. (94%)

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%)

Indicador:

- 4 perfiles de idea presentados a la red SWOG:
 - Título Impacto de la cirugía asistida por robot en el Instituto Nacional de Cancerología Investigador Principal: Dr. Jesús Antonio Acosta.
 - Título del estudio: Evaluación del impacto en la supervivencia y el costo asociado al nuevo sistema de estadificación AJCC en mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional del Cáncer, Colombia. Investigador principal: Sergio Cervera-Bonilla MD.
 - Tratamiento del carcinoma invasivo de cuello uterino en los centros oncológicos nacionales de américa latina: un estudio de cohorte histórica. Investigador principal: Juan Carlos Velásquez Y en el evento SWOG Fall Meeting 2021 - SWOG *Latin America Initiative Symposium*.
 - *Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy plus systemic chemotherapy versus palliative systemic chemotherapy in gastric cancer patients with peritoneal carcinomatosis.*

Meta: Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer. (100%)

Indicadores:

- 2 capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones. Capacitación técnico-científica para transferencia de conocimiento/ pasantía en Core de Genómica translacional en el *Louisiana Cancer Research Center* de Hedda Michelle Guevara Nieto y Yulieth Ximena Torres Llanos.

- 1 proyecto de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF

Aprobación de un (1) proyecto externo Independiente de la a *University of California, Davis/ Genome Center & Department of Biochemistry and Molecular Medicine*, con el estudio titulado "*Genetic and genomic studies of Hispanic tumors*" el cual el INC aportará los pacientes del Programa de Cáncer Hereditario y del BNTTF ya que estos pacientes tienen consentimiento informado del BIOBANCO para participar en estudios de investigación (lo cual incluye el uso de material biológico como plasma, suero, DNA germinal y tejido tumoral/normal de remanentes quirúrgicos; además de datos de la historia clínica del INC y de la encuesta del Biobanco aplicada), y el interés en caracterizar mejor nuestros pacientes latinos con CG.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 39 de 97			

Meta: Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer. (85%)

Indicadores:

- 70 % del proyecto de investigación nuevo con la red, con uso de muestras del BNTTF.

Con corte a diciembre 2021, se cuenta con el sometimiento para evaluación del CEI (70%) del proyecto titulado "Marcadores tumorales asociados al diagnóstico de cáncer de colon- Nanobiosensores electroquímicos ultrasensibles para la monitorización de un panel demarcadores tumorales asociados al diagnóstico temprano de cáncer de colon, en el punto de atención" a cargo del investigador Institucional Dr. Rafael Parra a la fecha de cierre de esta vigencia no se ha recibido concepto del CEI (30% restante), se confirma que la Universidad de Antioquia, que hace parte de la Red Nacional.

- Se realizaron 2 jornadas nacionales de investigación en cáncer.

Durante los días 11 y 12 de noviembre de 2021 se desarrollaron las VII Jornada de Investigación en Cáncer 2021, esta fue realizada, de manera virtual, y para su desarrollo contó con el apoyo del operador logístico G & S Congresos y Convenciones S.A.S. Esta Jornada de Investigación en Cáncer es un evento que tiene lugar cada dos años, es organizado por la Red Nacional de Investigación en Cáncer como una estrategia para dar a conocer en el ámbito científico los resultados de las investigaciones en cáncer que se realizan en el país, y generar espacios de encuentro de los investigadores que propicien trabajos colaborativos que tengan un mayor impacto en el control del cáncer.

Este año la Red Nacional de Investigación en Cáncer fue reestructurada y a su interior se crearon tres comisiones, entre ellas la Comisión para la Organización de Eventos Científicos y Académicos que fue la encargada de la organización de esta Jornada. Se adjunta informe del evento

Objetivo: Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia. (86%)

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 transdisciplina. (100%)

Indicador:

- 17 proyectos investigación extrainstitucional aprobados por el Comité de ética en Investigación (CEI), distribuidos, así:
 - 7 proyectos investigación extrainstitucional patrocinados por la industria.
 - 10 proyectos investigación extrainstitucional independientes de la industria.

Desagregado por subdirección:

- 15 proyectos asistenciales = 88% participación
- proyectos de la subdirección de investigación = 12% participación

- Se desarrollaron un total de 92 ponencias distribuidas en los siguientes ámbitos:

- Científico (N=67)
- Académico (N=23)
- Institucional (N=2)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 40 de 97			

Desagregado por subdirección:

- Subdirección médica: 7 = 7,6% participación
- Subdirección de investigación: 85 = 92,3% participación

Meta: Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas. (100%)

Indicadores:

- Para el año 2021, la razón de artículos científicos indexados de los profesionales de la Subdirección es de 2,42.

29 artículos aprobados en revistas indexadas entre los 11 profesionales de tiempo completo y 2 profesionales de medio tiempo (N=12).

- 2,02 meses de oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre

Para el año 2021 se identificó que a los equipos les tomó 424 días entre la fecha de finalización de la fase de ejecución y la fecha de la primera publicación, para los 7 artículos producidos entre los 25 proyectos de investigación en cierre.

Desagregados por subdirección:

- Subdirección médica: 5
- Subdirección de investigación: 1
- Dirección: 1

• Incremento de 14,89% de las publicaciones indexadas internacionales. Meta. Incrementar 7,5% Respecto al año anterior en 2021, se presentó un incremento de las publicaciones indexadas internacionales, con un total de 54 publicaciones indexadas del INC de 47 publicaciones indexadas del año 2020.

Meta: Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación. (50%)

Indicadores:

- Disminución del 46,86% de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación respecto al año 2020. Meta. 10% incremento anual respecto a vigencia anterior

Los recursos externos obtenidos en 2021 fueron de \$208.700.000 mientras que lo planificado para 2020 \$392.768.951, observando una reducción en \$184.068,951 millones, lo que corresponde a una reducción del 46,8%.

Los recursos obtenidos corresponden a 2 fuentes de financiación de proyectos de investigación de convenios celebrados entre:

- Hospital Universitario San Ignacio - INC por \$12.500.000.
- Astellas - INC por \$196.200.000.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 41 de 97			

A pesar de las 3 postulaciones realizadas por otros investigadores no se obtuvieron otros recursos externos, por lo que se debe continuar animando a los equipos investigadores a continuar con el ejercicio de postulación para la generación de otras fuentes de financiación externa para los proyectos.

- Durante el año 2021 se realizaron 3 postulaciones con el fin de obtener recursos para proyectos, así:

Una Postulación a la convocatoria No 897-2021 de Minciencias con el proyecto: Identificación de biomarcadores de detección temprana de adenocarcinoma de próstata en orina.

Dos postulaciones en cooperación INC-UNal de las Dras. Alba Lucía Combita y Martha Lucía Serrano a la convocatoria internacional del Reino Unido denominada "The Cancer Grand Challenges office team".

Objetivo: Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto. (80%)

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

Indicadores:

- La oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC para la vigencia 2021 fue de 107,29 días

Durante el año 2021 el Comité de Publicaciones Científicas emitió 79 respuestas con una sumatoria de días de 8.484, por lo cual se obtuvo un valor de 107 días/respuesta (aprobados, rechazados y retirados).

- Variación del 15% (23 días) en la oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC para la vigencia 2021

Durante el año 2021 la oportunidad de evaluación de las publicaciones fue de 157.4 días/manuscrito aprobado, el año anterior (2020) fue de 181.1 días, por lo cual se observó una variación porcentual de 15.05% cumpliendo con la meta establecida.

- Para el año 2021 la Revista Colombiana de Cancerología fue clasificada en categoría C de acuerdo con los criterios establecidos por Publindex. Esto es debido a las estrategias que se han desarrollado para mejorar el posicionamiento de la revista a nivel internacional.

Meta: Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética. (50%)

Indicadores:

- 40.42 días de oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética.

Para el año 2021 la oportunidad en la evaluación de los proyectos nuevos de investigación presentados para evaluación del Comité de ética fue de 40 días. La meta establecida es menos de 50 días. Esto fue producto de las diferentes estrategias implementadas por el CEI a partir del segundo semestre:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 42 de 97	

- Divulgación e invitación directa para participar como miembros del CEI entre los diferentes funcionarios del INC.
- Vinculación de dos (02) auxiliares administrativos para el apoyo del Comité.
- Fortalecimiento en la asignación de tareas por complejidad y experticia.
- Construcción de la base de datos de los pares evaluadores.
- Pago de incentivo a un miembro externo químico farmacéutico para disminuir las vacantes del comité.

- Variación negativa de -15% en la oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética para la vigencia 2021. Meta. Aumentar 5%

La oportunidad de evaluación para el año 2020 fue de 34 días y para el 2021, 40 días. Esto fue producto de un cerca de 50% de vacantes para el primer semestre (incluidos los suplentes), lo que generó un gran volumen de tareas para los miembros, con retraso subsecuente en éstas. No se contaba con químico farmacéutico fijo para el primer semestre, lo que retrasó aún más la evaluación de manuales del investigador nuevos (incluidos en los proyectos nuevos). Además, hubo demoras en las respuestas por parte de los pares evaluadores de los estudios asignados.

Este indicador generó planes de mejora para el año 2022 así:

- Fortalecimiento de las estrategias de invitación a miembros del CEI.
- Asignación directa por el presidente del CEI de los proyectos nuevos a los evaluadores pares y revisor del comité para disminuir los tiempos de evaluación.
- Fortalecimiento de la base de datos de pares evaluadores.
- Propuesta de sistema de incentivos con mejoría en la tarifa para evaluación de proyectos nuevos.

1.4 Línea estratégica Salud pública

Resultados por línea de Salud Pública

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
2.4. Salud Pública	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	100%	25%
	Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país	100%	
	Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia	100%	
	Contribuir al incremento de la cobertura de tamización en cáncer en el país	100%	
	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	100%	
	Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social.	100%	
	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	100%	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 43 de 97			

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
	Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	66%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Objetivo: Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país. (100%)

Meta: Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022. (100%)

Indicador:

- Aprobación del proyecto de mejoramiento Modelo de Soporte Oncológico Integral (SOI), aprobado por el Comité Científico el día 22 de junio de 2021.

Objetivo general: Implementar el modelo de soporte oncológico integral al paciente con diagnóstico de cáncer que permita una atención interdisciplinaria para el cuidado integral, activo y continuo que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias durante su curso de vida.

Líder: Miguel Mauricio Moreno Capacho

Responsable secundario:

Carlos Rodríguez Martínez

Devi Puerto Jiménez

Jairo Aguilera López

Rusvelt Franklyn Vargas

Juliana Valdivieso Prada

Objetivo: Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país. (100%)

Meta: Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos. (100%)

Indicadores:

- 50% de implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológico.

El modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos, incluido dentro del plan de desarrollo institucional 2018 – 2022, fue concebido como una primera etapa para 3 años, donde los 2 primeros correspondían a la concepción teórica del modelo y la alineación de potenciales interesados, con los cuales se realizará la aplicación de este para el 2022.

De acuerdo con la ponderación asignada para la implementación del modelo, el 50% inicial corresponde a las actividades de:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 44 de 97			

Año 2020 (20%)

1. Formulación de propuesta del modelo.
2. Aprobación institucional de la propuesta.

Año 2021 (30%)

3. Desarrollo del documento técnico.
 4. Consecución de actores.
- 6 asistencias técnicas realizadas durante la vigencia 2021.
1. Asistencia técnica Guía de Práctica Clínica proyecto C/CAN Pro-pacífico, Guía Práctica Clínica de leucemia, Cáncer colon y recto, cáncer de próstata. 14 de enero de 2021.
 2. Asistencia técnica Clínica Oncológica de Colsubsidio. 14 de mayo de 2021.
 3. Asistencia técnica iniciativa integrada para el control del cáncer en Latinoamérica ICCI-LA. 03 de junio de 2021.
 4. Asistencia técnica Hospital San Cristóbal de Ciénaga. 30-11-2021.
 5. Asistencia técnica Maicao. 15-10-2021.
 6. Asistencia técnica SS Magdalena. 12-10-2021.

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

Indicador:

- Informe del piloto para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer 2021, el cual contiene:
 - Introducción.
 - Componentes estructurales del modelo: gobernanza en red, gestión territorial, elaboración de alianzas y acuerdos de cooperación, definición de objetivos, concertación de cartera de servicios oncológicos y no oncológicos, construcción de procesos.
 - Situación de los servicios oncológicos en hospitales públicos.
 - Contexto de las regiones y hospitales públicos interesados en participar en la iniciativa y avances.

La consolidación de un modelo de red para transferencia de conocimiento, tecnología y capacidades es un proceso lento en el sentido que depende de la voluntad de las partes. Al no haber financiamiento para apoyar el desarrollo de actividades, se depende de los recursos propios de cada entidad.

Sin embargo, para el 2022 se espera consolidar relaciones y avanzar en actividades iniciales, en términos de capacitación, entrenamiento, asistencia técnica y asesoría, no solo con las entidades mencionadas sino con otras que incluso no necesariamente pueden ser de naturaleza pública.

La firma de los convenios con estas entidades, antes del primer semestre del 2022, consolida elementos del modelo como la gobernanza, la gestión territorial, la cooperación, la definición de objetivos basados en las necesidades de interés y abren camino para desarrollar actividades concretas como pilotos de implementación para temas específicos como telemedicina, adopción del modelo de

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 45 de 97			

cuidado y demás estrategias tendientes a fortalecer el relacionamiento, el trabajo coordinado y el valor de lo público en torno al control del cáncer.

Meta: Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología. (100%)

Indicador:

- 100% de implementación del programa institucional de tele oncología

A continuación, se relaciona el contenido del informe de seguimiento.

1. Caracterización de la población atendida

El INC atendió un total de 5.037 pacientes en modalidad virtual, cifra que incluye usuarios para consulta por telemedicina interactiva (TM) o asesoría y seguimiento por telesalud en modalidad de Tele orientación (TS).

1.1 Población atendida según sexo

Las consultas en modalidad de telemedicina fueron ejecutadas en mayor proporción para la atención de mujeres, con un porcentaje correspondiente al 66,3% (3.342) de los pacientes atendidos, en comparación al 33,7% (1.695) representado para hombres

1.2 Población atendida según edad

En promedio cada usuario recibió 2 atenciones virtuales, registrando entre 1 y 18 actividades virtuales individuales. La atención virtual durante el año 2021 estuvo dirigida a individuos de todos los grupos etarios, con edades entre 3 y 108 años.

2. Atenciones realizadas en modalidad de telesalud/telemedicina

2.1 Consultas por trimestre

2.2 Atenciones virtuales según especialidad

2.3 Atenciones virtuales según diagnóstico

2.4 Atenciones virtuales según aseguradora

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:
 - Subred Integrada de servicios de salud suroccidente. 20 septiembre 2021.
 - Hospital de Kennedy. 24 septiembre 2021.
 - IPS Integrative. 22 octubre 2021.
 - Hospital de Tunjuelito. 25 de octubre 2021.

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:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 46 de 97			

Indicadores:

- 3 cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados.

Para el año 2021, con la situación de Covid-19 se ofertó de manera virtual. Las inscripciones realizadas fueron por medio masivo en la plataforma FORMS del INC apartado (Cursos virtuales-detección y prevención temprana del cáncer) del mismo modo los participantes elegidos para la realización del curso fueron a partir de invitaciones dirigidas por medio de correos electrónicos a secretarías de salud y EPS departamentales.

El total de inscritos para las 3 Cohortes fue de 2652, a quienes por medio de correo electrónico se les envió la invitación de bienvenida y el paso a paso para ingresar a la plataforma y realizar el curso en su totalidad. Cada cohorte quedó conformada de la siguiente manera:

- Cohorte 883 profesionales inscritos. 144 fueron aprobados.
 - Cohorte 876 profesionales inscritos. 105 fueron aprobados.
 - Cohorte 893 profesionales inscritos. 131 fueron aprobados.
- Total. 2652 profesionales inscritos. 380 aprobados.

Los cursos realizados en detección temprana del cáncer se realizan teniendo en cuenta los cánceres priorizados: mama, cuello uterino, próstata, piel, colon y recto, cáncer infantil.

- En total en la vigencia 2021 se realizaron 10 brigadas de prevención y detección temprana.

VIA VILI ; se realizó el día 23 de octubre de 2021 en la comunidad de Zaragoza. Leticia -Amazonas. Mujeres tamizadas: 30 Vía Vili positivo: 3 Crioterapia: 3

La segunda brigada se realizó el día 27 de noviembre de 2021 en la comunidad de San Sebastián los Lagos. Leticia - Amazonas Mujeres tamizadas: 32 Vía Vili positivo: 3 Crioterapia: 3

Se realizaron 8 brigadas de cáncer de piel de los departamentos Arauca, Cauca, Huila, Caquetá, Cesar, Nariño, Putumayo y Norte de Santander.

- Se realiza informe positividad jornadas de detección temprana de cáncer de piel realizadas durante 2021. A continuación, se relacionan los resultados:

Porcentaje de positividad general de los 8 departamentos en los cuales se realizaron las jornadas de detección temprana fue de 26.

Distribución de pacientes atendidos y casos de cáncer de piel diagnosticados en las jornadas, según departamento:

- Arauca: 51 pacientes atendidos; 23 biopsias tomadas; 9 casos de cáncer de piel; 8,7% de representatividad.
- Cauca: 28 pacientes atendidos; 18 biopsias tomadas; 12 casos de cáncer de piel; 11,5% de representatividad.
- Huila: 43 pacientes atendidos; 33 biopsias tomadas; 31 casos de cáncer de piel; 29,8% de representatividad.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 47 de 97			

- Caquetá: 65 pacientes atendidos; 46 biopsias tomadas; 34 casos de cáncer de piel; 32,7% de representatividad.
 - Cesar: 55 pacientes atendidos; 6 biopsias tomadas; 3 casos de cáncer de piel; 2,9% de representatividad.
 - Nariño: 36 pacientes atendidos; 3 biopsias tomadas; 0 casos de cáncer de piel; 0% de representatividad.
 - Putumayo: 91 pacientes atendidos; 16 biopsias tomadas; 5 casos de cáncer de piel; 4,8% de representatividad.
 - Norte de Santander: 32 pacientes atendidos; 14 biopsias tomadas; 10 casos de cáncer de piel; 9,6% de representatividad.
- Total. 401 pacientes atendidos; 159 biopsias tomadas; 104 casos de cáncer de piel; 100% de representatividad.

Según el área geográfica los departamentos con el mayor número de casos diagnosticados para cáncer de piel fue Caquetá, Huila y Cauca con un 75% de representatividad frente al total de positivos. cabe resaltar que el Caquetá con el mayor número de casos (33%) diagnosticó casos para Linfoma de Células T y Melanoma. Por otra parte, de los 401 pacientes tamizados hay 104 casos positivos para cáncer de piel melanoma y no melanoma con un porcentaje de positividad del 26%.

Objetivo: Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer. (100%)

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

Indicador:

- Resolución 721 del 6 de diciembre de 2021 "Por medio de la cual se aprueba la estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y colaboradores del INC - ESE".

Meta: Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia 100%

Indicador:

- Plan de trabajo para la reactivación del SIVECAO, el cual contiene:
 - Introducción
 - Contextualización
 - Estructura del SIVECAO
 - Metodología
 - Resultados Plan de trabajo para la reactivación del SIVECAO
 - Cronograma
 - Bibliografía

Meta: Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general 100%

Indicador:

- Plan de trabajo para la reactivación del SIVEC acción la "Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica".

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 48 de 97			

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

Indicador:

- 2 proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados para la vigencia 2021.
- Aprobación de ESTAMPA Fase II: Evaluación de la efectividad de una ronda de detección con VPH en la tamización de cáncer cervical poblacional.
- Programa Piloto para la implementación de las recomendaciones para recuperar la confianza en la vacuna contra el VPH.

Meta: Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH 100%

Indicador:

- 20% de implementación de plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH. Meta. 20%

En el año 2020 se formuló un plan para la recuperación de la confianza en la vacuna contra el VPH, cuyo objetivo fue generar recomendaciones para la recuperación de la confianza en la vacuna contra el cáncer de cuello uterino en Colombia, con el propósito de contribuir al incremento en las coberturas de vacunación contra este tipo de cáncer de forma sostenida y gradual basada en la recuperación de la confianza social hacia la vacunación y prevención de esta enfermedad. Para la implementación de dicho plan se formuló un programa piloto, a partir del cual se desplegarán algunas de las estrategias propuestas en el plan.

Este programa piloto se ejecutará en el municipio de Soacha y tendrá un horizonte de (4) cuatro años para el desarrollo de las estrategias propuestas.

Con la formulación y aprobación por parte del comité científico del programa piloto, se obtuvo un 20% de avance de implementación del plan y se espera que el 80% restante se desarrolle en la vigencia de los 4 años planteados para la ejecución del programa piloto para la implementación de las recomendaciones para recuperar la confianza en la vacuna contra el VPH en el municipio de Soacha.

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

Meta: Evaluar los resultados del plan decenal para el control del cáncer en el año 2021 con base en las fuentes de información secundarias disponibles. (100%)

Indicador:

- Se realiza evaluación de las metas de las líneas estratégicas 1-6 del Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021.

Contenido del documento:

- Introducción.
- Evaluación de la línea estratégica 1. Control del riesgo (Prevención primaria) del PDCCC 2012-2021.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 49 de 97			

- Línea estratégica 2. Detección temprana de la enfermedad.
- Línea estratégica 3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por cáncer.
- Línea estratégica 4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer.
- Línea estratégica 5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer.
- Línea estratégica 6. Formación y desarrollo del talento humano.

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

Indicadores:

- 4 de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa durante la vigencia 2021.
 - Acción de influencia relacionada con proyectos de Ley de cáncer de mama. 16 de junio 2021
 - Acción de influencia relacionada con proyectos de Ley sobre el tabaco, otros productos, sus derivados sucedáneos o imitadores. 10 de junio de 2021.
 - Acción de influencia sobre Proyecto de Ley 306 Cámara de Representantes "Por medio del cual se transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología, se define su objeto, funciones, estructura y régimen legal. Diciembre 2021
 - Acción de influencia sobre Proyectos de Ley relacionados con la reforma a la Ley 1384 de 2010 "Ley Sandra Ceballos" en Colombia. Diciembre 2021
- 2 acciones de réplica a los medios de comunicación durante la vigencia 2021.

Se realizó réplica al medio de comunicación "Diario Herald". Tema: Melanoma, un cáncer que diagnosticado a tiempo puede ser llevadero. Oficio radicado No. SAL-04852-2021

Acción de replica: al Diario El Universal de Cartagena Asunto: Réplica a la noticia del 2 de diciembre de 2021, titulada: "Las regiones más afectadas por el cáncer de próstata en Colombia"

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

Indicador:

- 4 documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer
 - Concepto técnico proyecto de Ley 493 de 2020 Cámara de Representantes por medio de la cual se regulan los productos de administración de nicotina sin combustión, incluidos cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentados y se dictan otras disposiciones.
 - Concepto técnico, Proyecto de Ley 372 de 2020 Senado de la República, por medio del cual se dictan las bases de la Política Nacional de Desarrollo Científico, tecnológico e Industrial para la seguridad Farmacéutica y se dictan otras disposiciones. Se anexan los documentos y la evidencia de envío.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 50 de 97			

- Concepto técnico Proyecto de Ley 258 Cámara 2020 “por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones”.
- Concepto técnico Proyecto de Ley 455/2021 Senado - 068/2020 Cámara, “por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos.

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

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

Indicador:

- Actualización de la información en INFOCÁNCER: mortalidad nacional por cáncer con la última información disponible en DANE, año 2019 y datos de RPCA - Medellín 2008-2012.

Actividades actualización Infocancer con mortalidad nacional 2019:

- Se descargó bases de datos de mortalidad general del DANE y se hizo selección de la información de mortalidad por cáncer.
- Se revisa la calidad de la información, codificación, para realizar los ajustes a la base de datos mortalidad nacional 2019 y a la programación de Infocancer (septiembre 2021).
- Se hizo el cargue en Infocancer, ambiente de pruebas (30 de septiembre 2021).
- Se realizó el cargue de la base de mortalidad 2019 en ambiente productivo de Infocancer (11 de octubre).
- La información de mortalidad 2019 se encuentra disponible para los usuarios a partir del 12 de octubre de 2021.
- Consolidar un RPC a nivel nacional: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia, centrado en los datos de Medellín
- Actividades con RPC de Antioquia, datos Medellín 2008-2012:
- Se realizó reunión con el equipo de trabajo de la nueva área responsable del RPC en la gobernación de Antioquia, Grupo de Salud Colectiva y Enfermedades Crónicas, para presentación de la página web Infocancer y proceso del cargue de bases de datos de incidencia (22 de julio de 2021).
- Se actualizó el usuario de RPC Medellín y se habilitó el acceso al ambiente de pruebas de Infocancer, para el nuevo usuario.
- Se realizó reunión con las profesionales encargadas del cargue de bases de incidencia en Infocancer, se hizo presentación de la página web Infocancer y explicación de cargue de bases de datos de incidencia (13 de agosto de 2021).
- Se realizó reunión de trabajo para revisión de la variable comportamiento de cáncer (20 de agosto de 2021).
- Acompañamiento al RPC para el ejercicio de conversión base 2008 (17 de septiembre de 2021).
- Acompañamiento ejercicio de cargue de la Base de datos en Infocancer ambiente de pruebas (22, 27 y 30 de septiembre de 2021).
- Se hizo revisión de los archivos de error generados por Infocancer al hacer cargue en ambiente de pruebas de las bases de incidencia de RPC Medellín 2008-2012 (octubre de 2021).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 51 de 97			

- Se realizaron reuniones de trabajo con los profesionales del RPC de Antioquia encargados del cargue de bases de incidencia en Infocancer: Revisión de casos específicos de combinaciones topográfico e histológico reportados como error. Se hizo acompañamiento para la revisión de las bases originales y en la definición y corrección de los casos (07, 08 y 13 octubre de 2021).
- Acompañamiento en el cargue de la Base de datos en Infocancer ambiente productivo (20, 21 y 22 de octubre de 2021).
- En productivo se generó un error en el cargue, el que fue reportado a Lucasian, Se revisa este incidente para dar solución y permitir el cargue de las BD de incidencia 2008-2012.
- Se aprobó despliegue en producción de actualización banner home SICC y Mantenimiento SPI-521: viernes 22-oct-2021.
- Se realizan nuevas pruebas de cargue en ambiente de pruebas satisfactorio y posteriormente cargue de las bases de datos en productivo (26 y 27 de octubre).

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

Indicador:

- En la vigencia 2021 se legalizaron 4 convenios para los registros poblacionales de cáncer (RPC):
 - Convenio 0096-2021: RPC Manizales \$91.797.230
 - Convenio 0097-2021: RPC Pasto \$122.781.471
 - Convenio 0186-2021: RPC Bucaramanga \$100.995.239
 - Convenio 0396-2021: RPC Barranquilla \$70.806.912

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

Indicador:

- 1 asistencia técnica a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual.

Se define el tema: Codificación de las neoplasias del sistema genitourinario masculino y se realiza de manera virtual, la transmisión del curso por parte del INC (centro colaborador del HUB Latinoamérica), se realizó a los RPC de Colombia y otros países de la región dentro de la Iniciativa Mundial para el Mejoramiento de Registros de Cáncer (GICR), el curso se desarrolló con el temario previsto y en las fechas indicadas del 19 al 21 de octubre de 2021.

1. Creación y socialización del curso
 - Se define el tema: Codificación de las neoplasias del sistema genitourinario masculino
 - Se contacta al ponente del tema Dr. Rafael Marcos-Gragera del Instituto Catalán de Oncología y se solicita el temario correspondiente.
 - Se define forma de trabajo y recursos (presupuesto) con comunicaciones. Se trabajará con el grupo GYS congresos, como soporte de la plataforma virtual.
 - El objetivo fue el de capacitar a los Registros de Cáncer en la codificación de las neoplasias del sistema genitourinario masculino con el fin de actualizar y unificar criterios de codificación (CIEO-3). Además, de mejorar la calidad de la información de los registros de cáncer.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 52 de 97	

- La metodología definida fue el de un Webinar teórico práctico para los registros de cáncer en Colombia y Latinoamérica.
 - Programación: 19, 20 y 21 de octubre de 2021 Hora 8:00 a.m. – 10:00 a.m. (Hora Colombia)
 - Socialización en página web del INC y a través del HUB de Latinoamérica (correos electrónicos). Abajo las piezas publicitarias definidas.
2. Desarrollo del curso taller
- La transmisión del curso por parte del INC (centro colaborador del HUB Latinoamérica), se realizó a los RPC de Colombia y otros países de la región dentro de la Iniciativa Mundial para el Mejoramiento de Registros de Cáncer (GICR).
 - El curso se desarrolló con el temario previsto y en las fechas indicadas del 19 al 21 de octubre de 2021.
 - Codificación de los tumores del parénquima renal. 19 de octubre.
 - Codificación de los tumores del tracto urotelial (pelvis renal, uréteres, vejiga urinaria y uretra). 20 de octubre.
 - Codificación de los tumores del aparato genital masculino. 21 de octubre.
3. Uso de plataforma por Zoom y apoyo de la firma GYS Congresos
- Total asistentes a la asistencia técnica: 676
- Día 1: 235
 - Día 2: 224
 - Día 3: 217

Meta: Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente. (100%)

Indicadores:

- El anuario estadístico 2019 se encuentra publicado en la página Web del Instituto Nacional de Cancerología.
https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Anuario_INC_2019_FINAL.pdf
- Anuario estadístico 2020 publicado en la página Web del Instituto Nacional de Cancerología:
https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Anuario_INC_2020-_19_NOV.pdf

Objetivo: Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer. (66%)

Meta: Iniciar o actualizar dos (2) Guías de Práctica Clínica al año. (66%)

- 66% de cumplimiento en guías de práctica clínica iniciadas y terminadas.

Terminadas 1/3 = 33,33%

Iniciadas: 3/3 = 100%

- Guías de práctica clínica terminadas:
 1. Guía de Práctica Clínica de Cesación Tabáquica aprobada por parte de comité editorial para publicación. Oficio del 16 de noviembre de 2021.
 2. 60% de avance en la GPC Diagnóstico y tratamiento de sarcomas de tejidos blandos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 53 de 97			

Desarrollada por el personal de la oficina de guías y protocolos desde el año 2019. Debido a que el proceso de desarrollo de la guía obedece a un proceso de formación y actualización del personal de la oficina en métodos para el desarrollo de guías de práctica clínica, se han presentado retrasos en el proceso de construcción del documento. Se está cerrando la construcción del documento a someter a validación de recomendaciones.

3. 50% de avance en la GPC Diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de próstata.

Actualización de GPC publicada en el año 2012 con recursos de funcionamiento de la vigencia 2020. Dado el gran volumen de evidencia a actualizar y a la necesidad de ampliar la representatividad cultural de los pacientes para el componente de valores y preferencias, se presentaron retrasos que impidieron culminar este proceso. Debido al vencimiento de los recursos que financiaban esta guía, se tuvo que liquidar el contrato con la Universidad Nacional y suspender las actividades de panel de expertos y construcción de la versión a someter al comité de publicaciones mientras se encuentran alternativas administrativas para finalizar este producto. Por indicación de la Sub-Administrativa, las actividades de contratación podrían reiniciarse a partir de junio de 2022, por lo que se estima iniciar el proceso de revisión externa a finales del 2022.

Guías de práctica clínica iniciadas:

1. GPC cáncer de pulmón de célula no pequeña - actualización: se avanza hasta el paso de búsquedas de la literatura e inicio de las revisiones sistemáticas y se realiza socialización del alcance de la actualización a la ciudadanía. Se espera en la vigencia 2022 completar el proceso de revisiones y panel de expertos a finales de diciembre 2022.
2. GPC estadificación y tratamiento del adenocarcinoma de la unión esofagogastrica y gástrico: GPC desarrollada de novo con recursos de funcionamiento de vigencias 2021 y 2022. Se avanza hasta el paso de búsquedas de la literatura e inicio de las revisiones sistemáticas y se realiza socialización del alcance de la actualización a la ciudadanía. Se espera en la vigencia 2022 completar el proceso de revisiones y panel de expertos a finales de diciembre 2022.
3. GPC Estadificación y tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides: GPC propuesta para desarrollo con recursos de funcionamiento de las vigencias 2021 y 2022. Se encuentra en proceso de diseño y priorización de las preguntas a desarrollar en la guía.

3. Eje de apoyo

El porcentaje de cumplimiento por línea ponderado es del 91% como se muestra en la siguiente tabla:

Resultados eje de apoyo.

Línea	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% cumplimiento pond. por línea	% cumplimiento pond. por eje
3.1. Gestión financiera	90%	20%	18%	27%
3.2. Gestión del talento humano	95%	20%	19%	
3.3. Gestión comercial	92%	20%	18%	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 54 de 97			

Línea	% cumplimiento promedio	Ponderación por línea	% cumplimiento pond. por línea	% cumplimiento pond. por eje
3.4. Gestión de la tecnología	95%	20%	19%	
3.5. Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	86%	20%	17%	
Cumplimiento general	92%	100%	92%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

3.1. Línea estratégica gestión financiera

Resultados por línea de Gestión Financiera

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% cumplimiento pond. por línea
3.1. Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	95%	18%
	Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios	92%	
	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	82%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Objetivo: Mejorar la sostenibilidad financiera institucional. (95%)

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 para el año 2021: 2% del presupuesto de ingreso anual. (100%)

Indicador:

- 2.47%,47% de recaudo por fuentes alternas, con corte a diciembre 31 de 2021
Total recaudo -APN-VSS = \$10.624.554.347
Total ingresos= \$429.600.387.507

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 (100%)

Indicador:

- 113% de cumplimiento en las metas de facturación al año 2021.

El Instituto tiene definida una meta de facturación para el año 2021 de \$273.120 millones de pesos; se alcanzó una facturación acumulada de \$308.589 millones de pesos

Meta: Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 55 de 97			

Indicador:

- 116% cumplimiento de las metas de recaudo para el período

La meta de recaudo para el instituto, acumulado a diciembre de 2021 es de \$261.880 millones de pesos, de los cuales se recaudaron \$303.875 millones de pesos.

Meta: Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades (100%)

Indicadores:

- 4 análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios realizados durante la vigencia 2021

Los costos asistenciales que se generaron desde el mes de enero a octubre del año 2021 fueron de \$268.435 millones de pesos y los ingresos asistenciales que se han obtenido en el instituto han sido de \$240.130 millones de pesos para una utilidad operacional de \$118.367 millones de pesos.

La composición del costo para el mes de enero a octubre del 2021 comparado con el año 2020 con respecto a los ingresos incremento un 26% con un valor de \$268.435 millones para el 2021, el costo analítico fue de 288.371 millones de pesos incrementando el 14% con respecto al año 2020, el costo administrativo tuvo una disminución del 40% con respecto al 2020 con un valor de \$21.611 millones de pesos, el costo logístico fue de \$14.024 millones de pesos e igualmente tuvo una disminución del costo de 22% con respecto al año 2020.

- 4 reportes periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades

Meta: Porcentaje del proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia siguiente igual o mayor al porcentaje del presupuesto de la vigencia actual. (100%)

Indicador:

- El presupuesto de inversión 2021 aumentó en un 17% frente a la vigencia 2022.
Presupuesto de inversión aprobado vigencia 2021 = \$ 40.625.319.762,
Presupuesto de inversión aprobado vigencia 2022 = \$47.578.774.000
Superior en \$6.953.454.238 de la vigencia 2021 a 2022.

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

Indicador:

- 133% de ahorro estimado por austeridad y eficiencia. Meta. 0,2% del total del presupuesto
Presupuesto vigencia 2021: \$ 361.840.731.032
Total descuentos: \$ 967.786.088
Meta 0,2%: \$723.681.462

Meta: Obtener una utilidad neta para el año 2021: $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional. (100%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 56 de 97	

Indicador:

- 16,25% de utilidad neta del INC para la vigencia 2021. Meta. $\geq 8\%$
Valor utilidad neta = \$66,112,916,167
Ingresos totales = \$406,959,139,518

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%)

Indicadores:

- Plan para la intervención Integral a la Cartera actualizado en el formato institucional GSM-P03-PL-01, vigencia 31 de marzo de 2021
- 100% ejecución del plan integral de cartera.

Actividades ejecutadas:

- Circularización de saldos
- Cobro de radicación mensual
- Cobro de los valores reconocidos en conciliaciones de glosa
- Ejecución de las visitas de acuerdo con el cronograma
- Cruce contable de cartera
- Solicitudes de conciliación ante Supersalud o procuraduría
- Cobro persuasivo
- Demanda jurisdiccional ante la super salud
- Demandas jurisdiccionales ordinaria o tribunales
- Cobro coactivo con mandamiento de pago y medidas cautelares
- Compensación oportuna de pagos total o parciales, notas crédito y demás documentos autorizados contables autorizados que afecten el valor de la factura y permita evidenciar el saldo real.
- Circularizar dos (2) veces al año a las ERP la compra de cartera (abril y septiembre)
- Actualizar en las nuevas Minutas de contratos en los cuales se especifique que las ERP aportaran el poder para la conciliación de glosas, devoluciones y conciliaciones y cartera
- Generar la cartera por vigencias con corte a los meses de febrero, junio y octubre con el fin de evidenciar y tomar acciones administrativas y /o jurisdiccionales que se deban adelanta a la cartera adeudada, (análisis en los meses de marzo, julio y noviembre)

- 100% conciliación de cartera con las ERP

Se proyectaron 151 cruces contables de cartera de los cuales se ejecutaron 189, obteniendo un 125% de cumplimiento anual del indicador.

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) (100%)

Indicadores:

- 100% depuración la cartera (2019-2022). Meta acumulada 75%
81,36% de depuración la cartera a diciembre de 2021

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 57 de 97	

Valor cartera objeto depuración cobrado o depurado en periodo (compens. parcial o total a dic. 2018) = \$195,633,365,582

Valor cartera referencia corte 2018 = \$240,463,510,412

- 99,04% de razón de recaudo promedio, es decir que por cada 100 pesos facturados el recaudo fue de 99 pesos.

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. (90%)

Indicadores:

- 93% depuración de la glosa contable con corte a 2018 (2019-2021). Meta acumulada 75%
- 70,12% de depuración de la glosa contable con corte a 2018.
Valor de la depuración = \$56,913,479,013
Valor a depurar vigencia 2018 = \$81,162,056,496
- 68.5% depuración de la glosa contable a partir de 2019. Meta $\geq 80\%$
Valor de depuración = \$19,866,618,961
Valor glosa a depurar vigencia 2019 = \$29,000,901,153

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%. (86%)

Indicadores:

- Documento plan de intervención de glosa documentado en SIAPINC con el código GCM-P02-PL-01, vigencia 30 de septiembre de 2021
- 100% ejecución del plan de intervención de glosa.
27 actividades ejecutadas de 27 programadas

A continuación, se relacionan las actividades ejecutadas:

- Incluir en las minutas contractuales los listados actualizados de tarifas de insumos, dispositivos y medicamentos y entregar oportunamente a las entidades.
- Aclarar en minuta contractual los insumos que requieren autorización (x monto o procedimiento) y en quimioterapias especificar que incluye insumos y medicamentos Pos y en radiofármacos y medios de contraste aclarar la necesidad de la autorización.
- Aclarar en resolución de Tarifas Institucional, rupturas de paquetes y forma de facturación cuando se rompe (x evento o doble paquete o un % del segundo paquete o paquete y evento) y entregar discriminado de inclusión de paquetes a la entidad.
- Realizar seguimiento a la actualización de cups en las plataformas de las EPS, colocando tiempos máximos de parametrización de CUPS a las ERP dentro de la minuta.
- Reportar a la Supersalud, las desviaciones por prácticas indebidas frente a la glosa (glosa injustificada, devoluciones reiteradas, inoportunidad de citas de conciliación, niveles muy altos de glosa, glosa adicional por diferente causa).
- Tiempos de respuesta a solicitudes de soportes a las diferentes áreas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 58 de 97	

- Revisión de la calidad de la respuesta de glosa - Revisar subsanación frente a las radicaciones y evitar devolución de las mismas (RIPS, Soportes, etc.).
 - Fortalecer la realización de notas crédito con persona adicional.
 - Auditar cumplimiento de oportunidad del registro de notas crédito en SAP - Identificar mejoras.
 - Garantizar la recepción efectiva de la glosa por la ERP mediante el escaneo de las respuestas.
 - Actualización permanente de novedades por cambio de dirección o responsables del recibo de las glosas en la ERP (Firmas auditoras).
 - Subsanación con soportes antes de materializarse la glosa - Identificar correos, entidades.
 - Dar cumplimiento con el cronograma de conciliaciones.
 - Mejora de canales de comunicación con las EPS para asignación de citas.
 - Incremento en conciliaciones vía electrónica.
 - Desplazamiento a las ciudades que requieran conciliación presencial.
 - Acompañar conciliación de cartera para definir motivos y fechas de conciliación de glosa.
 - Participar en mesas de trabajo de conciliación de estados de cartera - mesas contraloría - entes de control.
 - Solicitar a Sistemas un desarrollo en SAP sobre visualización estados de la factura (trazabilidad: radicación, glosa, conciliación, devolución o aceptación de pago).
 - Intervención y Fortalecimiento a la auditoria concurrente y notificación de los hallazgos para su intervención, mediante visita a los servicios.
 - Realizar cruces de información de glosas entre aliados estratégicos de cartera y Facturación antes de realizar cruces con la ERP.
 - Realizar acercamiento con las ERP, que aún tienen procesos presenciales, con el fin de solicitar que los trámites de autorizaciones se gestionen por correo electrónico y no se exija la asistencia del usuario al punto autorizador de la ERP.
 - Auditar en toda la ruta del MIPRES, tanto la prescripción en SAP como en la página del Ministerio (médico auditor) y registro en SAP del número Mipres.
 - Dispensación (verificación de homologación, registro en SAP del número Mipres e igualdad de la prescripción de medicamentos e insumos) por farmacia.
 - Revisar prescripción y generación de Mipres y registro en SAP de procedimientos(facturación).
 - Cierre de la factura con verificación de toda la trazabilidad (Facturación).
 - Ajuste de transacciones de Mipres para transmisión de la información en procedimientos NO PBS.
- 129,06% en promedio de conciliación de glosa.
Valor de conciliaciones realizadas en el periodo = \$157.927.114.913
Valor reglosa entregada en el periodo anterior = \$122.370.591.978
 - 100% glosa definitiva. Meta <=3%
1,16% en promedio de glosa definitiva.
Valor Aceptación en glosa + aceptación en conciliación = \$3.548.625.353
Valor facturación = \$304.840.802.498
 - 30% glosa recibida respondida dentro de los términos legales
Valor total de Glosas respondidas dentro de términos durante el período = \$34.220.744.013
Valor objeción recibida en el período = \$115.208.427.190

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 59 de 97			

Objetivo: Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios. (92%)

Meta: Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras. (100%)

Indicador:

- Documento de diseño de modalidad alianzas público-privadas para adquisición de bienes o servicios

En el numeral 4. Prospectiva alianza público-privada en el INC, se propone:

En el INC se podrían estructurar dos (2) APP bajo el Modelo Integral. Infraestructura, dotación, mantenimiento (bata gris), servicios de apoyo no sanitarios (bata verde) y prestación de servicios clínicos (bata blanca).

* Nuevo edificio de servicios ambulatorios.

* Sede (s) alterna (s) del INC.

Las asociaciones Público Privadas – APP – son el mecanismo que utilizan las entidades públicas para la provisión de infraestructura productiva o social (como la salud), completar la financiación y gestión de los diferentes proyectos y sus servicios relacionados, al cual puede acceder el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, para ello el presente documento busca dar a conocer a los directivos de la organización, en forma de síntesis, el contexto orgánico funcional y financiero del INC, los aspectos generales y básicos que regula las APP, así como las perspectivas de estructurar dos (2) posibles APP y la recomendación a buscar asesoría con organismo estatales especializados en la materia. Para la elaboración del documento se consideró la normatividad vigente sobre las Asociaciones Público-Privadas, los documentos elaborados por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y Protección Social, los documentos técnicos del BID sobre el APP. Así como la formación del y INC.

Meta: Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas. (90%)

Indicadores:

- Mantener los modelos de productividad existentes (2019-2022). Meta 4
7 modelos de productividad existentes durante 2021.
- Oncología Clínica: Se trató de buscar nueva contratación, no obstante, aún se encuentra en negociación con los especialistas ya que ellos consideran que se debe ajustar el modelo de productividad nuevamente; actualmente el contrato es: 0550-2021
- Hematología: Se mantuvo el contrato con el servicio, no se presentaron modificaciones o novedades para el 2022. Sigue bajo los mismos parámetros, actualmente el contrato es: 0286-2020 (Vigencia futura)
- TPH Trasplantes: Se mantuvo el contrato con el servicio, no se presentaron modificaciones o novedades para el 2022. Sigue bajo los mismos parámetros, actualmente el contrato es: 0286-2020 (Vigencia futura)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 60 de 97			

- **Pediatría:** Se mantuvo el contrato con el servicio, no se presentaron modificaciones o novedades para el 2022. Sigue bajo los mismos parámetros, actualmente el contrato es: 0396-2020 (Vigencia futura)
- **Radioterapia:** Se establecieron mesas de trabajo a solicitud de los especialistas, la revisión se realizó con costos, mercadeo, facturación, financiera, planeación y subdirección administrativa y financiera, esto con la finalidad de fijar nuevos ítems a pagar, actualmente el contrato es: 0551-2021
- **Cirugía de Cabeza y Cuello:** Se mantuvo el contrato con el servicio, no se presentaron modificaciones o novedades para el 2022. Sigue bajo los mismos parámetros, actualmente el contrato es: 0312-2020 (Vigencia futura)
- **Imagenología:** Se mantuvo el contrato con el servicio, no se presentaron modificaciones o novedades para el 2022. Sigue bajo los mismos parámetros, actualmente el contrato es: 0521-2021

- **Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad). Meta 1**

Se realizó una propuesta en el modelo de productividad de Oncología clínica, el cual, actualmente cuenta con la contratación de 7 médicos. En la propuesta por parte del Instituto se realizaría una modificación al contrato, de acuerdo con el número de médicos que participarían en el modelo, se realizó una tabla modelo con los valores tentativos de los sueldos, en concordancia con la cantidad de médicos que participarían dentro de esta contratación (7,6,5,4 médicos), esto teniendo en cuenta las necesidades del servicio. Adicionalmente se trabajó en los modelos de los servicios de Medicina nuclear y radiofarmacia, de los cuales se ha trabajado información según el costo/beneficio de cada uno.

- **80% de avance en el modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación**

La propuesta se basa en tener en presente el número de proyectos de investigación a cargo de un médico (como investigador principal). Adicionalmente por cada proyecto de investigación vigente se tendrán en cuenta tres (3) horas al mes y hasta un máximo de nueve (9) horas al mes. Cabe mencionar, que esto se ve reflejado en el último contrato realizado con Oncología clínica. (0550-2021) Se seguirá trabajando en la contratación y actualización de los nuevos modelos, esto en aras de que todos tengan las horas de investigación correspondientes.

- **80% de avance en el diseño de modelos de remuneración alternativa en áreas administrativas.**

Las opciones a considerar son:

- **Establecimiento de metas institucionales globales,** que de ser cumplidas generen un incentivo a los trabajadores administrativos, a través de bonos, servicios, en especie. Por ejemplo, de obtener una utilidad determinada, se establece que para la siguiente vigencia se pueden establecer este tipo de incentivos a los servidores administrativos. El valor de ese incentivo sería una proporción de ese valor total y se distribuiría entre todos los funcionarios administrativos. (es claro, que por equidad podría considerarse aplicar a todos los servidores del Instituto). La vía posible es planearlo como una acción de bienestar, dentro del plan de talento humano.
- **Desarrollo de actividades docentes.** A todos los servidores administrativos que expresen su conformidad, se les incluiría en un plan futuro, para oferta de capacitaciones o educación formal por parte del Instituto. En este esquema, el Instituto en conjunto con una fundación o corporación un programa de educación. Los servidores administrativos realizan las actividades docentes, el

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 61 de 97			

recaudo lo realiza la corporación o fundación, y dicha corporación o fundación cancela a los servidores por las horas efectivas realizadas de capacitación.

- En la propuesta de transformación organizacional en curso, establecer un incentivo salarial variable para todos los servidores, sujeto al cumplimiento de metas específicas. Se generaría un esquema de indicadores por obtención de metas superiores a las establecidas. De lograrse se pagaría un incentivo proporcional a ese logro mayor de las metas y que implique también un beneficio adicional al Instituto.

Objetivo: Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC. (82%)

Meta: Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos. (92%)

Indicador:

- 100% de implementación plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual El proyecto de automatización proceso de compras y contratación (INCompra), fue diseñado con 13 módulos de los cuales uno se cumplió en el año 2020 y los restantes doce en la vigencia 2021; ejecutándose en el 100% del proyecto y el objeto del contrato No. 0184 de 2020.

Actividades:

- Gestión de Estudios Previos
- Gestión de Términos de Condiciones
- Registro de Proveedores
- Gestión de Adendas
- Evaluación de Oferta
- Solicitud Cancelación del Proceso
- Registro y Clave de Proveedores
- Creación del Contrato
- Adjudicación Marzo
- Novedades del Contrato
- Comité
- Liquidación del Contrato
- Informes de Supervisión
- 84,21% de cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos.
Número de capacitados: 48
Total de personas programadas: 57

Capacitación proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos la cual realizada el día 21 de diciembre de 2021 vía teams.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 62 de 97	

Meta: Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual. (90%)

Indicadores:

- 95,98% de pagos.
Pagos acumulados en el periodo = \$315,948,702,038
Total Compromisos (Acumulado) = \$329,178,307,780
- 94,79% ejecución por concepto de gasto operación comercial.
Total comprometido gastos operación comercial = \$195,395,715,647
Total apropiado gastos operación comercial = \$206,144,155,255
- 90,97% de ejecución presupuestal vigencia 2021.
Total comprometido = \$329,178,307,780
Total apropiado = \$361,840,731,032
- 88,94% ejecución por concepto de gasto funcionamiento.
Total comprometido gastos de funcionamiento = \$102,344,131,577
Total apropiado gastos de funcionamiento = \$115,071,256,015
- 77,39% ejecución por concepto de gasto inversión.

Se asignaron recursos por valor de \$40.625 millones y se ejecutó el 77%, que representan \$31.438 millones

Meta: Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos. (75%)

Indicadores:

- Consolidación del plan anual de necesidades inicial el 30 de noviembre 2021
- Plan anual de adquisiciones inicial presentado el 29 de diciembre de 2021
- El Plan Anual de Adquisiciones publicado el día 25 de enero del 2021 en la página del SECOP II
- 22,55 días en promedio de Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización. Máx. 25 días
- 69,85 días en promedio de oportunidad proceso contratación – convocatoria pública. Máx. 70 días
- 96,48% de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo.

De 1102 ítems de Plan Anual de Adquisiciones (inicial), se decidió no comprar 278 ítems, para un total de 824 ítems por adjudicar; de los cuales se adjudicaron 795 ítems

- 57,52 días en promedio de oportunidad proceso contratación – contratación directa. Máx 50 días
- 65,83 días en promedio de oportunidad proceso contratación – invitación a cotizar. Máx 60 días

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 63 de 97			

3.2. Línea estratégica gestión del talento humano

Resultados por línea

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
3.1. Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	100%	19%
	Fidelizar el talento humano institucional	95%	
	Mejorar la calidad de vida laboral	93%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Objetivo: Atraer el mejor talento humano. (100%)

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. (100%)

Indicador:

- Documento de procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC
- Se formula proyecto de Piloto de Mapeo del conocimiento con aplicación en el Procedimiento para la planificación, remuneración y registro del talento humano.
Duración 23 de julio de 2021 a 23 de julio de 2024.

Meta: Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días (100%)

Indicadores:

- 59 días de oportunidad en ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural). Máx. 60 días

Se cerraron cuatro invitaciones así:

- Profesional especializado V grupo área gestión apoyo clínico
- Profesional universitario V grupo investigación de biología del cáncer
- Profesional universitario I grupo investigación de biología del cáncer
- Profesional universitario III grupo área investigaciones

- 54,4 días de oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta. Máx. 60 días.

A diciembre se cerraron 20 procesos de selección de planta:

- Enfermero auxiliar 4128-19 del grupo área enfermería oncológica
- Médico especialista 2120-22 de la unidad funcional cirugía reconstructiva
- Médico especialista 2120-22 unidad funcional neuro-oncología
- Auxiliar administrativo 4044-11
- 2 perfiles médico especialista 2120-22
- 1 perfil grupo políticas y movilización social
- 1 perfil unidad de hemato oncología

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 64 de 97			

- 2 perfiles grupo de prevención y detección temprana del cáncer.
- Médico especializado 2120-22 unidad funcional cabeza y cuello
- Técnico operativo 3132-15 grupo área radioterapia
- Médico especialista 2120-22 de la Unidad Funcional de Seno y Tejidos Blandos
- Profesional Universitario 2044-01 (S.S.O.) – Sub. Gral. De Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención
- Profesional Especializado 2028-20- grupo apoyo y seguimiento para la investigación.
- Médico grupo GAICA
- Técnico administrativo grupo gestión de seguridad y salud en el trabajo
- Médico especialista Unidad de Hematooncología
- Profesional especializado grupo área enfermería oncológica
- Profesional universitario grupo nutrición y soporte metabólico
- Técnico operativo grupo imágenes diagnósticas
- Profesional universitario grupo laboratorio clínico

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

Indicadores:

- 9,38% de convocatorias desiertas. Máx. 50%

De enero a diciembre de 2021, solamente hubo TRES (3) convocatorias desiertas de:

- PR2 enfermero
- PL3 médico especialista 2120-20
- PL19 enfermera S.S.O.

- Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas.

Se realizaron dos informes de seguimiento:

La metodología para realizar los procesos correspondientes de las convocatorias e invitaciones abiertas se genera mediante concurso de méritos, los aspirantes deben realizar la postulación a través de la página www.cancer.gov.co, modulo “Trabaje con Nosotros” para aplicar a las convocatorias e invitaciones ofertadas por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., el tiempo de duración de la publicación es de tres (03) días hábiles.

Durante el primer semestre de la vigencia 2021, se realizó la apertura de diez (10) invitaciones abiertas correspondientes a diferentes proyectos de investigación por parte de la Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, la Subdirección General de Atención Médica y Docencia y la Subdirección General de Gestión Administrativa y Financiera. Para las convocatorias correspondientes a las vacantes de la Planta Global del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., durante la misma vigencia se realizó la apertura de veintidós (22) convocatorias de la siguiente manera: tres (03) convocatorias en el mes de enero, siete (07) en el mes de mayo y doce (12) en el mes de junio.

Se logró llevar a cabo 32 invitaciones y convocatorias, de las cuales 3 fueron desiertas o a su vez no cumplieron con los requisitos. De las cuales actualmente se encuentran 9 cerradas, 1 culminada, 3 desiertas, 14 en proceso y 5 suspendidas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 65 de 97			

Durante el segundo semestre se realizó apertura de 54 convocatorias y 18 invitaciones de las cuales ninguna fue desierta, teniendo en cuenta que en los procesos se inscribieron aspirantes y algunos se cerraron porque los aspirantes no cumplen con los requisitos o no superan examen de conocimientos.

Objetivo: Fidelizar el talento humano institucional. (95%)

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

Indicador:

- 100% de los contratos de prestación de servicios que incluyen en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores

De acuerdo con los procesos de selección gestionados de tercerizados, fue incluido dentro de las obligaciones contractuales el cumplimiento del Plan de Bienestar, incluyendo incentivos para los funcionarios. Se anexa relación de contrato legalizados en la vigencia 2021 de servicio tercerizados que cuentan con obligaciones para sus colaboradores. El Plan de incentivos para los procesos tercerizados, es deber de las empresas contratistas garantizar dichos incentivos, por lo cual dentro de la ejecución de los contratos los supervisores revisan el cumplimiento de esta obligación.

Contratistas:

- GOLD RH S.A.S
- JAG ESPECIALISTAS EN SALUD S.A.S
- MEDINEST S.A.S
- ASCOREON S.A.S
- UNION TEMPORAL
- COOMCA 2021
- SERVINTRIR S.A.S.
- VIGIAS DE COLOMBIA S.R.L. LTDA
- SURGIVASC SAS
- VCO S.A

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

Indicadores:

- La rotación fue de 3,5 funcionarios por cada 100 cargos provistos en promedio durante la vigencia 2021. Máx. 15
Número de cargos retirados a 21 a 30 de junio de 2021: 21
Número de Cargos Provistos al inicio período (01 de enero de 2021): 713
Número de Cargos Provistos al final período (30 de junio del 2021): $703 / 21 = 0.029$ ($713+703/2$)

Los cargos con mayor número de rotación en el primer semestre del 2021 fueron:

- Enfermero Auxiliar Código 4128, Grado19: dos (7) Cargos
- Profesional Especializado Código 2028, Grado 13: cuatro (4) cargos
- Médico Especialista Código 2120, Grado 22: tres (3) cargos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 66 de 97	

- Profesional Universitario Código 2044, Grado 01: un (1) cargo
- Profesional Universitario Código 2044, Grado 09: un (1) cargo
- Auxiliar Administrativo Código 4044, Grado 14: un (1) cargo
- Profesional Especializado Código 2028, Grado 14: un (1) cargo
- Técnico Operativo Código 3132, Grado 15: un (1) cargo
- Secretario ejecutivo Código 4210, Grado 19: un (1) cargo
- Ayudante General - Trabajador Oficial: un (1) cargo

- 100% de implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa

Se incluyeron mejoras en los programas de GTH los cuales se hacen seguimiento en los equipos primarios de mejoramiento:

- Resolución 0084 Programa de Bienestar; permite que participen todos los funcionarios y sus familias, realizando actividades como deportes, cursos, apoyos económicos para estudio de pregrado y posgrado, estudio de lengua extranjera, uniformes para personal asistencial, entre otros.
- Resolución 0097 Programa de Capacitación: se ampliaron los ejes lo que permite que el funcionario pueda acceder a las capacitaciones y mejorar sus competencias en su puesto de trabajo.
- Resolución 0033 Programa de inducción y reinducción: se realizó un primer corte con la participación del 85% de asistencia lo que permite que los funcionarios conozcan sus beneficios a los que tiene derecho.
- Resolución 0093 Programa de Incentivos: dirigido a los funcionarios inscritos en carrera administrativa y libre nombramiento y remoción, este incentivo es pecuniario y se espera su cumplimiento para el pago a los funcionarios a más tardar el 30 de noviembre.
- Seguimiento del plan de seguridad y salud en el trabajo, seguimiento al plan de intervención y seguimiento a los planes en la presentación de equipos primarios.

Meta: Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%. (100%)

Indicadores:

- 4,27 el Índice de rotación interna de personal de enfermería en promedio para la vigencia 2021. Máx. 8

Durante el cuarto trimestre del 2021 se evidencia un incremento de la rotación interna del personal, dado que se han presentado renuncias e incapacidades; además se incrementa por incapacidades por enfermedad general, conllevando a la reubicación del personal para dar cubrimiento al mismo.

En cuanto al personal de enfermería del aliado estratégico se han presentado demoras en los procesos de contratación que pueden favorecer el aumento de la rotación. Es importante enfatizar que en el conteo del personal se tienen en cuenta los camilleros y los supernumerarios, no se cuenta como rotación si el movimiento se realiza: - con el personal de áreas específicas. cuando se reubica el personal por ocupación de la unidad o servicio por optimización del recurso humano - entre pediatría, UACAI y uci pediátrica - o para cubrir vacaciones ya sea supernumerarios o personal de Gold que cubre vacaciones.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 67 de 97	

- 100% implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación interna para enfermería

Estrategias: se cuenta con el personal de apoyo que cubre directamente las faltantes del personal en los diferentes servicios, esto facilita la disminución de la rotación de enfermería. Entrenamiento específico al personal de enfermería (profesionales- auxiliares) en áreas específicas (alta complejidad). Se mantiene el personal rotatorio. El personal supernumerario se encuentra entrenado en el área que va a cubrir por lo tanto no cuenta como rotación.

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). (95%)

Indicadores:

- Resolución 0093 del 09 de febrero de 2021. Por el 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 2021 del INC
- 100% ejecución del plan de incentivos

De acuerdo con incentivos 2021 adoptados mediante resolución 0093 de 9 febrero de 2021 Comité de seguimiento de talento humano de mayo 12 de 2021, acta no. 15, se aprueban 4 incentivos los cuales fueron ejecutados en su totalidad.

- Resolución 084 del 08 de febrero de 2021. Por el cual se adopta el Programa de Bienestar del INC.
- Resolución 061 del 28 de enero de 2021. Por medio de la cual se aprueba el plan de trabajo anual 2021 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del INC
- 102,1% en promedio de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. 742 actividades ejecutadas de 728 programadas
- 67,57% de ejecución del programa de bienestar durante la vigencia 2021
Total actividades realizadas = 25
Total actividades programadas = 37
Principales actividades realizadas:
 - Apoyo Lengua Extranjera
 - Apoyo Convenio Docencia
 - Apoyo Retiro Pensión por vejez
 - Apoyo Educación hijos con discapacidad
 - Fomento Educativo Trabajadores Oficiales
 - Feria de Servicios virtual
 - Día de la familia

Meta: Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales. (89%)

Indicadores:

- Resolución 0097 del 12 de febrero de 2021. Por el cual se aprueba el Programa Institucional de Capacitación - PIC - del INC vigencia 2021
- 100% de ejecución del plan de capacitación en cada uno de sus ejes a diciembre de 2021.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 68 de 97			

El 55% de ejecución mayor a lo planeado que corresponde a 76 capacitaciones obedece a que se incorporaron las capacitaciones efectuadas por el grupo área de enfermería oncológica y grupo gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales.

Dentro de la programación de capacitaciones institucionales se tienen en cuenta las realizadas por el Grupo Área Enfermería Oncológica, el Grupo Gestión de Salud y Seguridad en el trabajo y las realizadas desde el grupo Bienestar y Capacitación, Para el segundo semestre con evaluación pre y post se tenían definidas 131 de las cuales se pudieron realizar 119 que corresponden al 91% el restante 9% que corresponden a 12 capacitaciones no tuvieron evaluación pre y post, seguimos trabajando para lograr hacer este tipo de evaluaciones en todas la capacitaciones que se les pueda realizar.

- 90.8% de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales definidas. Meta. $\geq 80\%$

131 capacitaciones con evaluación pre y post de las cuales se realizaron 119 que corresponden al 91% el restante 9% que corresponden a 12 capacitaciones no tiene evaluación pre y post.

- 42,63% de cobertura del plan de capacitación en cada uno de sus ejes. Meta $\geq 90\%$
483 asistentes de 1133 programados.

Objetivo: Mejorar la calidad de vida laboral. (93%)

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

Indicadores:

- 1,61% en promedio de ausentismo por causas definidas durante la vigencia 2021. Meta. $\leq 5\%$
- 0,9 de variación porcentual de ausentismo por causas definidas para la vigencia 2021. Meta. 0,21

En el comparativo de la tendencia en costos del ausentismo durante el cuarto trimestre del año 2020-2021, se evidenció que las contingencias que presentaron un aumento en costos durante el cuarto trimestre del año 2021 fue por enfermedad general que como se menciona previamente se ocasionó por la emergencia sanitaria a nivel mundial por el virus del nuevo coronavirus Covid-19.

Las contingencias que presentaron una disminución durante el cuarto trimestre del año 2021 fueron: accidente laboral, permiso remunerado y enfermedad laboral. Dichas contingencias pudieron tener una marcada variación con respecto al año 2020 ya que por la emergencia sanitaria se vio la necesidad de crear diferentes espacios de trabajo como: trabajo en casa, trabajo flexible, horarios flexibles con el fin de proteger a los funcionarios con alto riesgo de morbilidad basados en las patologías que se tengan como antecedentes, teniendo en cuenta las recomendaciones emitidas por la alcaldía mayor de Bogotá y así mismo evitar aglomeraciones en el lugar de trabajo y exposiciones que pueden ser prevenibles.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 69 de 97			

Meta: Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47). (100%)

Indicadores:

- Índice de severidad acumulado a diciembre de 2021 fue de 27,5. Meta. 42,5

El indicador de severidad el cual mide días de incapacidad (incapacidades), comparada con el año 2020 con 736 días – 2021 con 398 días se ha logrado disminución en 338 días de incapacidad por accidentes laboral. Dentro de las estrategias que se han planteado para la reducción de la accidentalidad se encuentra la estrategia de prevención de accidentalidad y capacitaciones sobre el procedimiento para su reporte al personal trabajador del INC, así mismo se realiza el programa de inspecciones el cual busca identificar y controlar las condiciones inseguras, además se han realizado las debidas investigaciones con el acompañamiento del COPASST reforzando en el compromiso del Autocuidado el cual es una de las responsabilidades de todos los funcionarios En enero del 2021 se inició con severidad de 30.51 y se termina año con 12.27 para el año 2020 el ISA fue de 32.5 para el año 2021 el acumulado del año es de 27.5 sin covid

- Diferencia en el índice de severidad de los accidentes durante 2021 fue 5. Meta 4,5
Índice de severidad de los accidentes del 2020 = 32,5
Índice de severidad de los accidentes del 2021 = 27,5

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

Indicadores:

- Índice frecuencia de accidentalidad institucional fue de 4,1. Meta. 7,65

Indicador de frecuencia, el cual mide la frecuencia en número de accidentes hay una tendencia de disminución de accidentes, aunque en los meses de abril, julio y octubre se presentó una tendencia mayor esto debido a tres accidentes de tipo mecánico (contusión en pies con bala de oxígeno) y biomecánico (levantamiento de pacientes generando dolor en manos y espalda), sin embargo, nos encontramos en SIAPINC en línea base verde, la cual indica estado sobresaliente para final de año. Se logro disminuir respecto al año anterior en 4.91% la tasa de accidentalidad.

El primer motivo se debe a que los accidentes reportados en el año 2020 como riesgo biológico por causas COVID por normatividad para julio 2020 se iniciaron a reportar como enfermedades laborales, al igual que el refuerzo en capacitaciones y campañas a los diferentes áreas tanto asistenciales y administrativas con la perspectiva de toma de conciencia del autocuidado y reporte.

- Diferencia en el índice frecuencia de accidentalidad institucional comparado con el año 2020 fue de 6,6

Índice frecuencia de accidentalidad institucional del 2020 = 10,7

Índice frecuencia de accidentalidad institucional del 2021 = 4,1

Meta: Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional (96%)

Indicadores:

- Resolución 0326 del 09 de julio de 2020. Por el cual se aprueba el plan de intervención de riesgo psicolaboral y clima organizacional para la vigencia 2020-2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 70 de 97			

- 91% ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional

30 actividades ejecutadas de 33 programadas

Demandas Emocionales:

- Orientación Individual Psicosocial (mensual)
- Diseño y publicación de piezas comunicativas (mensual)
- Ejecución de grupos de mejoramiento (trimestral)

Las actividades no realizadas se encuentran relacionadas con el ítem de liderazgo, donde se solicitó por parte de las directivas, realizar un análisis de las propuestas y retomar el tema en el año 2022.

La calificación de la calidad y satisfacción en los talleres satisfacción y calidad de las actividades tuvo una puntuación 4.1 sobre 5, algunas observaciones se realizaron frente a los horarios de ejecución ya que consideran que son espacios de descanso o que se realizan en horarios donde el flujo de trabajo no les permite asistir. En actividades como las capacitaciones generales tan solo se integra el 10% de la población de la totalidad de la población.

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 (47%)

Indicador:

- 47,06% de cumplimiento en los estándares de habilitación que apliquen a talento humano.

Para todos los servicios se verificó un total de 17 criterios de los cuales no se cumple con 9. Se concluye para el ejercicio de autoevaluación de habilitación para el estándar de Talento Humano en la modalidad de todos los servicios de acuerdo con la Resolución 3100 del 2009 con un cumplimiento general del 47.1% para lo cual se recomienda:

1. Validar y adjuntar los soportes de educación formal en las hojas de vida del personal en salud para la prestación de los servicios y el registro en el ReTHUS.
2. Contar con un programa de formación continuada para:
 - Manejo del dolor y cuidado paliativo.
 - Gestión del duelo.
 - Atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.
 - Atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.
 - Manejo de "pruebas en punto de atención del paciente - (Point of care testing - POCT)"
3. Contar con la disponibilidad de coordinador operativo de trasplantes.
4. Documentar la cantidad necesaria de talento humano de acuerdo a los servicios ofertados y prestados de acuerdo con la capacidad instalada del Instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 71 de 97			

3.3 Línea estratégica gestión de la tecnología

Resultados PDI por línea

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
3.3. Gestión de la Tecnología	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	96%	19%
	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	93%	

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. (96%)

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

Indicador:

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

En el nuevo portal web se desarrolló e implementó la Sede Electrónica u Oficina Virtual (como subsitio de la página Web), con base en la línea gráfica ya definida para el portal web. Este subsitio de Oficina Virtual es una herramienta especializada en procesos de interacción entre los usuarios y la entidad. Su finalidad es la virtualización de trámites y servicios, algunos como el PQRSDF exigido por el Ministerio TIC's e implementados en la Estrategia de Gobierno en Línea según los Manuales de Gobierno Digital, lo cual se constituye en la sede Electrónica de la Entidad según el capítulo 7 del Decreto 1413 del 25 de agosto de 2017."

Se implementó la sección de "Portal de servicios", la cual, corresponde a la centralización de los trámites y OPAS, para facilitar el acceso por parte del usuario.

El acceso se encuentra en:

- Menú utilidades
- Url: <https://www.cancer.gov.co/portal-servicios>

Tramites y Otros Procedimientos administrativos:

- Campus Virtual. Alcance: Acondicionar el OPA a la página GOV.CO
- Trámite Autorización Servicios de Salud. Alcance: Transformar el trámite a la página GOV.CO
- Trámite Solicitud Historia Clínica. Alcance: Transformar el trámite a la página GOV.CO
- Trámite Solicitud de cita médica. Alcance: Transformar el trámite a la página GOV.CO, aplicando nuevas alternativas para ampliar los canales de atención para la solicitud de cita médica.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 72 de 97			

- Trámite Consulte sus resultados diagnósticos. Alcance: Acondicionar el OPA a la página GOV.CO

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. (100%)

Indicadores:

- 100% de ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI).

Durante el 2021 se tuvieron un total de 28 solicitudes de equipos tecnológicos, las cuales fueron aprobadas por TI e instaladas. A continuación, se relacionan las instalaciones por tipo de equipo:

- AIO NO TOUCH: 15
- DESKTOP: 2
- IMPRESORA: 1
- PORTATIL: 8
- WORKSTATION: 2

Para la aprobación de las solicitudes se tuvieron en cuenta los lineamientos de austeridad, cumplimiento de requerimientos de salud ocupacional para puestos de trabajo, tomas eléctricas reguladas y puntos de red. Se cumplió con la instalación de los equipos aprobados por TI.

- Página web institucional mejorada.

La implementación y puesta en marcha de la nueva página presentó retrasos, debido a los ajustes generados por la normatividad publicada por MinTICa a finales del 2020, adicionalmente, las diversas reuniones con las diferentes subdirecciones y los ajustes gráficos solicitados por estas.

La página mejora de la web institucional finalmente se dio el 25 de mayo y se continuaron los procesos de ajustes y actualización de información por parte de los diferentes grupos del INC.

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

Indicadores:

- 100% de avance de implementación del MGDA.
 - 100% de implementación del MGDA en el componente documental.
- Actividades ejecutadas:
- Cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión.
 - Organización de 130 metros lineales de los archivos de gestión el cual será medido con las transferencias documentales.
 - Informes trimestrales de avance de la operación de administración de historias laborales (Open File). 4 informes
 - Plan de Trabajo Archivístico Actualizado
 - Avance del Plan de Trabajo Archivístico. 2 informes

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 73 de 97	

- 100% de implementación del MGDA en el componente tecnológico.
Actividades ejecutadas:
 - Informes trimestrales de implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (consentimiento informado). 4 informes
 - Implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales.
 - Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado.
 - Informes trimestrales de avance cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel. 4 informes
 - Cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de correspondencia.
 - Capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documenta.

- 100% de implementación de actividades de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto.
Actividades ejecutadas:
 - Diseño de nuevo esquema para reemplazo de validación de identidad (tabletas)
 - Parametrización y pruebas funcionales para la implementación de la iniciativa de consentimiento informado electrónico – Fase II (caída de datos – web service)
 - Arquitectura del modelo de integración en la segunda fase.
 - Reuniones periódicas entre la parte técnica del INC y Olimpia para la parametrización del documento electrónico
 - Revisión de pruebas de integración y parametrización SAP – Olimpia.
 - Ajustes en el esquema para reemplazo de validación de identidad (prueba ambiente de calidad-Tablet y ajuste aplicación Tablet)
 - Integración firma médico paciente CI presencial
 - Realización de pruebas de integración y parametrización SAP – Olimpia. (Revisión y ajuste Diccionario de datos)
 - Socialización y capacitación (área de enfermería)
 - Reuniones periódicas entre la parte técnica del INC y Olimpia para la parametrización del documento electrónico
 - Ajustes en el esquema para reemplazo de validación de identidad (tabletas)
 - Parametrización y pruebas funcionales para la implementación de la iniciativa de consentimiento informado electrónico – Fase II (Fachada – VPN- ambiente de calidad-conexión tabletas)
 - Ajustes de arquitectura del modelo de integración en la segunda fase.
 - Reuniones periódicas entre la parte técnica del INC y Olimpia para la parametrización del documento electrónico
 - Realización de pruebas de integración y parametrización SAP – Olimpia. (en sitio)
 - Certificado digital para el documento consentimiento electrónico.
 - Revisión de conectividad Tablet
 - Cambio URL y Revisión de apuntamientos
 - Salida a Producción (marcha blanca)
 - Plan de contingencia
 - Generación de instructivo y campaña informativa
 - Reuniones periódicas entre la parte técnica del INC y Olimpia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 74 de 97			

- 100% de implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales.

Mecanismos implementados:

- Uso de firma electrónica
- Uso de firma digital
- Correo electrónico certificado
- Servicios de Seguridad Digital

- 100% de implementación del MGDA en el componente cultural.

Actividades ejecutadas:

- Capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivos.
- 6 boletines electrónicos en temas de gestión documental.

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

Indicadores:

- Se actualiza en SIAPINC el Plan de seguridad y privacidad de la Información GTI-P01-PL-01, versión 3 vigencia 13-10-2021.
- 99,02% de ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información.

Principales actividades con cumplimiento de 100%:

- Revisar separación de deberes para los roles
- Elaborar plan de trabajo y validar solución de los hallazgos de revisoría fiscal relacionados
- Elaborar plan de trabajo para solución de los hallazgos de revisoría fiscal relacionados
- Crear la Matriz de verificación de Requisitos Legales de Seguridad de la Información.
- Revisión de Documentación legal de manejo
- Revisar cubrimiento de Pólizas de seguros
- Ejecutar Plan de Capacitación y sensibilización
- Actualizar el Inventario de Sistemas de información
- Pruebas de Seguridad sobre nuevo portal
- Actualizar Mapa de arquitectura de seguridad
- Revisión Arquitectura swan (Wan Definida por SoJware). Se ajusta arquitectura Siapinc, Sap,
- Afinamiento y administración en la configuración de las herramientas de Seguridad para mejorar y optimizar el
- Validar funcionamiento de controles de
- Cierre de Puertos USB con DLP
- Revisión de Seguridad de Call Center
- Revisar y actualizar configuraciones Waf
- Revisión de configuraciones de seguridad de
- Actualizar Certificados SSL para 25 plataformas
- Elaborar estudios Previos de Certificados SSL
- Implantar Sistema de Firma Digital
- Validación de uso de herramientas para la administración centralizada y cifrada
- Validación de uso de manual de contraseñas
- Evaluar cambio de plataforma de certificados
- Actualizar a ITIL procedimiento definido para la Gestión y atención de Alertas
- Actualizar controles implantados para en el ambiente de configuración

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 75 de 97	

- Ejecutar pruebas de plan de contingencia 1er semestre 2021 de TI de sistemas tecnológicos
- Pruebas de mecanismos de comunicación
- Revisión de Captcha
- Entre otras

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

Indicadores:

- Se realiza en SIAPINC GTI-P01-PL-02 Plan Estratégico de Tecnologías de Información y las Comunicaciones – PETI, vigencia 13-10-2021.
- 98% de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo con el cronograma
Actividades ejecutadas: 33.32. de 34 programadas
Principales actividades ejecutadas:
 - Análisis y viabilidad de automatización de otros procesos
 - Renovación Pagina Web INC Fase II
 - Firma Digital de Consentimiento Informado FASE II
 - Mejoras SAP ERP- ISH MED 2021
 - BPM - Flujo de trabajo Compras y Contratación FASE II
 - Implementación OFFICE 365 FASE II - SharePoint
 - Implementación Plan de Seguridad y Privacidad de la Información FASE II 20
 - Formalización Plan Continuidad de Negocio de TI - MSPI
 - Actualización Plan de Gerencia la Información
 - Renovación infraestructura SAP
 - Renovación infraestructura SAP
 - Ejercicio AEIT DATACENTER FASE II
 - Arquitectura de referencia nuevas aplicaciones en la nube
 - Consolidación y virtualización de servidores
 - Análisis de Impacto de Negocio TI - BIATI
 - Actualización Plan de Seguridad de la Información
 - Actualización PETI - 2021
 - Laboratorio de Cocreación - Innovación 2021
 - Plan de implementación de gobierno de la información
 - Actualización de Gobierno TI - Fase 3 Implementación
 - Hacking ético sistema de información crítico SAP
 - Outsourcing telefonía y comunicaciones unificadas fase II
 - Implementación llamados de turnos GAICA - Consulta Externa - Centro
 - Servicios ciudadanos portal GOV.CO Implementación
 - Encuesta de uso y apropiación de tecnología
 - Ampliación equipos activos red. 69% de avance

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. (90%)

Indicadores:

- 69% de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6.

Se realizan las siguientes actividades:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 76 de 97	

- Adjudicación del contrato No. 252-2021 Con la empresa COLSOF.
- Inicio al proyecto.
- Orden de compra de los equipos activos de red.
- Revisión y diseños
- Instalación de cableado estructurado entre los Racks objetos del contrato, se queda a la espera de la instalación de equipos activos los cuales se realizarán entre los meses de enero a marzo de 2022.
- Se solicita prórroga del contrato la cual es autorizada mediante Adición No. 1 en plazo al contrato de prestación de servicios No. 252 de 2020, hasta el 30 de abril de 2022. Fundamentada en la solicitud de prórroga con el aparte: "Que, se ha presentado un inconveniente originado en el proceso de fabricación debido a la escasez mundial de componentes originados por la situación especial de pandemia declarada a nivel mundial."

- 100% de avance de renovación tecnológica durante la vigencia 2021.

Para 2021 se contempló la renovación tecnológica de la infraestructura que soporta la plataforma SAP, el cual se completó en un 100%. Dicha renovación está compuesta por la implementación de 5 servidores, 2 switches y un sistema de backup de librería.

- 100% de implementación de la nueva ofimática.

Se da continuidad a la implementación de la nueva ofimática. Para el despliegue de office 365 se programaron y ejecutaron las siguientes actividades:

- Despliegue a 1371 usuarios de 1400 usuarios licenciados.
- Capacitaciones a 725 usuarios finales
- Mantenimientos (requerimientos e incidentes atendidos) y usuarios creados en 2021: 1292 casos
- Usuarios nuevos: 223

Meta: Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas. (85%)

Indicadores:

- 84,52% de ejecución el proyecto de sistematización integral.
Valor apropiado: \$917; Valor ejecutado: \$775 (millones de pesos)
- 86% de cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral.
Actividades gestionadas:
 - Red LAN Ampliación equipos activos: Se radicaron los estudios previos en la plataforma INCompra.
 - Work Flow para el proceso de contratación y compras FASE II.
 - Implementación se tienen en puesta de producción de los módulos de estudios previos, termino de condiciones, registro de proveedores, gestión de observación, cargue de ofertas proveedores y solicitud de cancelación de oferta.
 - Renovación Infraestructura SAP Se ha hecho entrega de la totalidad de los equipos y se avanza en la configuración y pruebas funcionales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 77 de 97			

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. (93%)

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%)

Indicador:

- Se consolida listado general de nuevas necesidades de adquisición de tecnología biomédica como resultado del Índice de obsolescencia y la información institucional.

Cada una de las necesidades de tecnología biomédica fue diferenciada bajo modalidad:
Incorporación 37 necesidades.

Renovación 95) para un total de Ciento treinta y ocho (138) necesidades de equipos médicos proyectadas para adquisición en la vigencia 2022. Igualmente, estos equipos fueron clasificados según riesgo tendiendo: Noventa y ocho (98) de riesgo I, Dieciocho (18) de riesgo IIA, Doce (12) de riesgo IIB, Dos de (2) riesgo III y Dos (2) No aplica clasificación.

A cada necesidad se le realizó estudio pre-mercado con los diferentes proveedores de cada tecnología, generando un estudio de mercado definitivo por valor de \$ 12.466.142.029. Adicional a estas necesidades se suman a las mismas la adquisición de los equipos pertenecientes a los proyectos de Grupo de Radiofarmacia: Biotecnológicos con \$6.067.903.038 y Grupo Medicina Nuclear: Renovación del PET-CT por valor de 0.710.000.000.

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

Indicador:

- 100% de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas.

En el 2021 se llevaron a cabo cuatro evaluaciones de tecnologías en el formato GTC-P01-F-03 (EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA MINI HTA), las cuales se presentaron al comité de gestión de la tecnología para la aprobación de incorporación, estas evaluaciones son:

- PET CT digital
- CAMILLA 6D para radioterapia
- Mejora del acelerador VARIAN con la MICRO MLC para radiocirugía
- Medicamentos biotecnológicos con Biorreactor de 100L

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%. (96%).

Indicadores:

- 100% de evaluación de las tecnologías incorporadas

De las tecnologías de alto costo que fueron aprobadas para la incorporación en el 2019 y 2020 se les realizó evaluación a las tecnologías que han cumplido un año de su adquisición, que es el RESONADOR SIEMENS MAGNETOM ALTEA serie: 189732 y el tomógrafo SIEMENS SOMATOM GO TO 120093.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 78 de 97			

- El índice de obsolescencia general para este año 2021, está en el 10,5%. Meta $\leq 12,5\%$
Con la evaluación de 2003 equipos en total en el Instituto Nacional de Cancerología, presentando una reducción del 4 % comparado con el año 2020 con un resultado de 14,5%. La reducción significativa de este índice fue debido a que, para el año en curso, ingresaron 167 equipos nuevos con un incremento del 9% con respecto al año anterior respectivamente.

- 87% de adquisición de tecnologías incorporadas
Dentro del Macroproyecto de Tecnología Biomédica se tenía previsto adquirir bajo la modalidad de incorporación los siguientes equipos (15):

- Un Agitador de microplacas
- Un Calentador de líquidos especiales
- Una Mesa de Cirugía
- Un Refrigerador
- Un Termociclador
- Cuatro Micropipetas varios volúmenes
- Una Lámpara Quirúrgica con transmisión de imagen
- Un Sistema Lector TLD
- Un TLD'S
- Un Equipo Dosimetría en vivo
- Un Sistema de inmovilización vertical
- Una Cabina de flujo horizontal

Al término de la vigencia 2021, se realizó la adquisición de 13 de los 15 equipos programados para incorporar. No fue viable la adquisición de Un Agitador de microplacas y Calentador de líquidos especiales; lo anterior debido a que los procesos contractuales para estos equipos quedaron desiertos por oferente a pesar de publicarse en dos y tres ocasiones. A diciembre de 2021 no se avaló nueva publicación de los procesos debido a que por cronograma no era viable la culminación de los mismos.

Meta: Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico. (94%)

Indicadores:

- Plan de mantenimiento de equipos médicos y sus relacionados publicado en SIAPINC, con código GTC-P02-PL-01
- Se realiza actualización del Plan de aseguramiento metrológico publicado en SIAPINC con código GTC-P02-PL-02, fortaleciendo la justificación normativa de la ejecución de actividades de calibración y calificación de equipos biomédicos, así como su objetivo en pro de la seguridad del paciente en el INC.
- 96% de cumplimiento promedio del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos.
Equipos con mantenimiento: 2295
Equipos programados para mantenimiento: 2381
- 79,77% de ejecución del plan de aseguramiento metrológico.

Durante el año 2021 en el plan de aseguramiento metrológico del INC se contempla la ejecución de 1132 equipo biomédicos, distribuidos en 175 calificaciones y 957 calibraciones en concordancia con lo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 79 de 97			

establecido en la normatividad vigente. De estos 1132 equipos programados, fueron ejecutadas un total de 133 calificaciones y 770 calibraciones para un total de 903 actividades de metrología.

La ejecución de las 229 actividades de metrología que no fue posible ejecutar durante la vigencia 2021, fueron reprogramados para ser llevadas a cabo durante el primer semestre de 2022, periodo en el cual seguirán vigentes los contratos 290 y 295 de 2021.

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. (91%)

Indicador:

- 91,19% de cumplimiento de los estándares de habilitación que aplican a dotación

Dentro del ejercicio de autoevaluación fueron aplicados un total de 500 ítems al INC de acuerdo con el servicio de apoyo diagnóstico, de estos aplican al INC 420, evidenciándose un cumplimiento general de 383 ítems, donde se evidencia un incumplimiento de 37 ítems, para un 91.2% de cumplimiento de los ítems que aplican establecidos en la Resolución 3100 para el estándar de dotación. Para el estándar de dotación se cuenta en su mayoría con la dotación básica requerida de acuerdo con la Resolución 3100 del 2019, sin embargo, se requiere realizar validación de la información de estándar de procesos prioritarios en donde se describa la dotación requerida para la realización de los diferentes procedimientos y sea consecuente con la que se encuentra en el servicio, así como el cumplimiento de los cronogramas de calibración y mantenimiento de equipos biomédicos de acuerdo con indicaciones del fabricante.

Meta: Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados). (80%)

Indicadores:

- 89,64% de ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica.

Valor apropiado: \$19.463

Valor ejecutado: \$17.448

Con relación a la ejecución presupuestal del macroproyecto FORTALECIMIENTO TECNOLOGÍA BIOMÉDICA EN EL INC 2016-2021, para el cuarto trimestre del año 2021 finaliza con el 89.64% de presupuesto ejecutado, lo cual corresponde con relación al proyecto de Tecnología biomédica en el INC a la ejecución de \$ 3.767.611.744 del total de presupuesto asignado de \$ 5.134.034.613. renovación de un acelerador lineal para el servicio de radioterapia del INC.

Al cuarto trimestre de 2021 se contrata la adquisición del acelerador lineal por \$11.291.004.562. cabe mencionar que, para los dos primeros trimestres del año, se trabajó en las actividades de estudio de mercado para el acelerador lineal (búsqueda de cotizaciones de equipos con diferentes proveedores), construcción de estudios previos y elaboración de cuadro de especificaciones técnicas. para el tercer trimestre se llevaron a cabo varias mesas de trabajo con los grupos de infraestructura, sistemas, radioterapia y gestión contractual para revisar, ajustar y modificar los estudios previos y

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 80 de 97			

especificaciones técnicas elaborados para la adquisición del equipo, durante el último trimestre se realizó la etapa de contratación y adjudicación del proceso para la adquisición del equipo.

Renovación de un Spect- CT para el servicio de radioterapia del instituto nacional de cancerología. Al cuarto trimestre de 2021 se contrató el Spect CT con un valor de \$ 3.291.004.562.

- 71% de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica

Para el macroproyecto se definió al inicio del año realizar 19 procesos de contratación para la adquisición de 67 equipos médicos, lo anterior de acuerdo con la agrupación realizada por tipo de tecnología y proveedores que las ofertan. Durante el primer y segundo trimestre del año se realizó el estudio de mercado de 67 equipos de 67 programados, con las características técnicas ideales para los servicios, cumpliendo así con esta actividad. Así mismo, se elaboraron los cuadros de especificaciones técnicas de 67 equipos de 67 programados cumpliendo en la totalidad con esta actividad. En cuanto a la Elaboración de estudios previos, se realizaron los 19 estudios previos. Se realizaron conceptos técnicos favorables para 16 procesos.

Se realizó la adquisición de 60 equipos de los 67 planeados, esto debido a que tres procesos de contratación quedaron desiertos y finalmente cancelados. Se realizó la recepción técnica, puesta en funcionamiento, capacitación y creación de hoja de vida de 50 equipos de los 60 equipos adquiridos, debido a que los equipos restantes se encuentran en proceso de importación por los proveedores. Por último, se realizó la actualización de riesgos del proceso con un cumplimiento en esta última actividad del 100%

3.4 Línea estratégica gestión comercial

Resultados por línea

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
3.4. Gestión Comercial	Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	96%	18%
	Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales	96%	
	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.	79%	

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

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

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 81 de 97			

Indicadores:

- Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras actualizado en marzo de 2021
- 100% de ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras

Actividades ejecutadas (trimestrales):

- Registro de requerimientos por ERP
- Cargue de requerimientos fuente SIAI
- Medición tipos de requerimiento
- Medición tipo de requerimientos por ejecutivo
- Medición tipo de requerimientos por ERP
- Medición por tiempos de respuesta
- Elaboración informe
- Socialización de requerimientos EPM
- Gestionar acciones de Mejoramiento y recomendaciones

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%. (94%)

Indicador:

- 89,74% en promedio de satisfacción de las aseguradoras. Meta. $\geq 95\%$

Las entidades que mejoraron su percepción frente a la medición del primer semestre son Famisanar EPS, FFD y Nueva EPS. Capital Salud, Compensar, Convida y Salud Total disminuyeron su percepción frente a la encuesta realizada en el primer semestre, las demás entidades permanecen estables.

Meta: Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial. (93%)

Indicadores:

- Plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos actualizado en febrero de 2021
- 85% ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo.

El plan de capacitación y fortalecimiento de competencias se ha venido desarrollando de acuerdo con la disponibilidad de los servicios y a priorizaciones acordadas con las ERP, dentro de las reuniones de seguimiento.

Dentro de las actividades programadas para la vigencia 2021, se incluyeron temas solicitados dentro del plan de capacitación debido a la relevancia y mejora en las competencias del Grupo de Mercadeo; no se cumplieron las relacionadas con marketing digital y coaching en mercadeo. Otras actividades relacionadas directamente con los servicios asistenciales requieren mayor disponibilidad teniendo en cuenta que la prioridad es la atención a los pacientes.

Principales actividades ejecutadas:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 82 de 97	

- Dermatología
- Medicina Nuclear
- Otros servicios
- Endocrinología: 2 sesiones 15 de abril y 3 de mayo
- Cabeza y Cuello: 18 de junio
- Ortopedia: 22 de junio
- Cirugía reconstructiva: 29 de junio
- Buenas prácticas de contratación en oncología: 4 sesiones 19 y 30 de abril, 04 de mayo y 18 de junio
- Plan de capacitación “taller negociación en salud”: 23 de febrero
- Radiofarmacia: 10 de julio
- Taller de aplicación de modelos de contratación: 02 de julio
- Socialización de modelos de contratación (Min. Salud): 28 de septiembre

Objetivo: Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales. (96%)

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

Indicadores:

- Documento plan de ventas institucional actualizado en marzo de 2021
- 112,9% de ejecución del plan de ventas institucional

Para la vigencia 2021 se había proyectado en ventas brutas de \$273.120.000.000, estas ventas se superaron, alcanzando un valor de \$308.589.063.113, para un cumplimiento del 113%. El promedio mensual de ventas es de \$25.715 millones.

Meta: Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC. (99%)

Indicadores:

- Documento plan de mercadeo actualizado al año 2021.
- 97,70% de ejecución del plan de mercadeo

En la ejecución total del plan de mercadeo para la vigencia 2021, se proyectaron realizar 87 actividades, se alcanzó un total de 85 actividades. Las actividades que no se lograron cumplir fueron:

- Incrementar en un 5% los pacientes nuevos con respecto al año anterior
- Lograr más contratos por la modalidad de PGP

Las estrategias desarrolladas para cumplir con el plan mercadeo permitieron resultados tales como: Cumplimiento plan de ventas, detectar y fortalecer oportunidades de negocio, asegurar la utilidad y liquidez para el correcto funcionamiento del INC-ESE, asegurar la participación en el Mercado Oncológico, fidelización y captación de nuevos clientes, detectar y crear estrategias para prestación correcta de nuestros servicios, fortalecer lineamientos para establecer precios adecuados y competitivos, superar las expectativas de los clientes.

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. (90%)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 83 de 97			

Indicadores:

- Se realiza actualización al 80% del portafolio para la vigencia 2021 v3. El portafolio no cuenta con el componente de venta de radiofármacos.
- 100% cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía

Para la vigencia 2021 se realizó difusión a las 9 entidades programadas, así Clínica Colsanitas, Colmedica, Medisanitas, Medplus, Colsanitas, Positiva, Seguros Bolívar, Seguros de vida Suramericana y Axa Colpatria.

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. (79%)

Meta: Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones. (92%)

Indicadores:

- 99,9% de gestión de autorizaciones
Autorizaciones gestionadas: 225.444
Autorizaciones requeridas: 225.469
- 76,12% de autorizaciones obtenidas. Meta $\geq 90\%$
Autorizaciones obtenidas: 149.026
Autorizaciones solicitadas: 195.784

Meta: Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD. (67%)

Indicadores:

- Se aplicó una modalidad de contratación PGP con Capital Salud. Contrato PGP Capital Salud. Enero 2021
- 33% de cumplimiento en la aplicación de nuevos modelos de contratación a entidades. Meta 3

Para la vigencia 2021 se tenía proyectado realizar 3 contratos y solo se logró realiza uno con Capital Salud, lo que indica el 33.33% de cumplimiento.

Se enviaron ofertas y se realizaron compromisos con entidades como: Nueva EPS y Convida para modelos por PGP. Otras entidades como Sanitas y Compensar continúan interesados en modelos de GRD para melanomas y tumores neuroendocrinos. No obstante, los resultados no fueron los esperados en concretar negociaciones ya que media la disposición de la ERP en la construcción del modelo.

Es importante tener en cuenta que obedece a un acuerdo de voluntades tal como lo establece la norma y las justificaciones frecuentes es que se debe priorizar temas de pandemia, mientras tanto el direccionamiento es por evento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 84 de 97			

3.5 Línea estratégica de infraestructura, gestión ambiental y gestión hotelera

Resultados por línea

Línea	Objetivo	% Cumplimiento promedio	% Cumplimiento ponderado por línea
3.5. Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	86%	17%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Objetivo: Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados. (86%)

Meta: Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo. (95%)

Indicadores:

- Plan de mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura física y equipo no biomédico. Publicado el 21 de enero de 2021 en SIAPINC.
- 100% de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo.
Actividades realizadas: 1343
Actividades programadas: 1343
- Se realiza informe mensual de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo. 12 informes realizados.

Los mantenimientos preventivos se han llevado con mayor intensidad y rigurosidad para este año, lo cual se ve reflejado en los mantenimientos correctivos para este periodo puesto que como se puede observar en la gráfica se lleva una tendencia a la baja en el total de órdenes recibidas mes a mes, esto denota una disminución notable en este tipo de mantenimientos con respecto al año anterior.

Durante 2021 los mantenimientos correctivos subieron dado que se instaló una nueva modalidad para reportar los mantenimientos correctivos, la plataforma Help people se encuentra bajo estudio para mejorar los procesos y la manera en la que se está manejando hasta el momento, puesto que la plataforma es nueva, todavía se está adecuando para cumplir con las necesidades del servicio.

También se debe a recorridos periódicos por parte de la oficina Gestión del Mantenimiento donde se pretende mejorar la infraestructura en el INC. Otro factor importante es la acreditación en la cual está inmerso el INC dado que por lo mismo las distintas dependencias aumentaron sus solicitudes en cuanto a la mejora de la infraestructura. Por último, nos encontramos en un periodo de transición en los contratos de mantenimiento por lo cual disminuye su ejecución

- 80% en la ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo.
Solicitudes realizadas: 6.114; Solicitudes recibidas: 7.633

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 85 de 97			

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. (87%)

Indicador:

- 86,72% de cumplimiento de los estándares que apliquen a infraestructura

Dentro del ejercicio de autoevaluación fueron aplicados un total de 583 ítems al INC para el estándar de infraestructura, de estos aplican al INC 467, evidenciándose un cumplimiento general de 405 ítems y de 62 ítems no se evidenció cumplimiento, para un 86,7% del cumplimiento de los ítems que aplica para la Resolución 3100 para el estándar de infraestructura.

En el estándar de Infraestructura se recomienda que las condiciones de aseo, limpieza y desinfección deben ser evidentes en los diferentes servicios áreas de consulta externa, es muy importante mantenerlo y reiterarlo en toda la institución. Es importante contar con el cronograma de mantenimiento preventivo de la infraestructura institucional puesto que el desgaste en pisos y paredes es muy evidente en las diferentes áreas. Se anexa informe por grupos de servicios.

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. (80%)

Indicadores:

- El macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, para sus actividades y presupuesto para el año 2021, fue aprobado mediante comité AD- HOC 2021.
- 64% de ejecución presupuestal del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC.
Valor comprometido: \$8.129
Valor apropiado: \$12.625
- 57% 57% de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC.
- PMA firmado y aprobado por las instancias pertinentes.

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. (79%)

Indicadores:

- 100% Reducción de consumo en las seis (6) tecnologías implementadas.

Se redujo en un 39,82% per cápita el consumo de agua y energía comparado con el año anterior.

El promedio del consumo per cápita de agua en 2021, fue de 0.46 m3/persona, este dato esta dado hasta el 5 bimestre, debido a los tiempos de facturación de la empresa, a la fecha de este informe no había llegado la factura del último bimestre. Este indicador presento una reducción importante, se

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 86 de 97			

trabajó con el grupo de Servilimpieza, Servinutrir, PTAR, para que se informaran por la línea 7000, las eventualidades de fugas o daños hidráulicos, para evitar el desperdicio de agua; también los tercerizados implementaron el uso de hidro lavadoras para el aseo de áreas comunes, optimizando el recurso; además la empresa de acueducto realizó revisión de contador, indicando lecturas normales. Para el año 2021, este indicador se trabajó incluyendo el número de funcionarios y tercerizados que asisten al instituto para obtener un dato más exacto de per cápita. Por lo tanto, se obtuvo un 46.45% de ahorro en el consumo de agua para el año 2021.

El promedio mensual del consumo per cápita fue de 29,1 kwh/persona. Para el año 2021, este indicador se trabajó incluyendo el número de funcionarios y tercerizados que asisten al instituto para obtener un dato más exacto de per cápita. Este indicador tuvo un porcentaje de -6.5%, es decir no se obtuvo ahorro, una de las razones por las cuales este indicador se incrementó fue el regreso a la presencialidad de todos los funcionarios, lo cual implica el mayor gasto de energía. Desde el grupo de infraestructura se continúa con el cambio de luminarias LED. Con el grupo de VIGIAS DE COLOMBIA, se ha trabajado en apagado de luces en áreas, y en tiempos que no son necesario su uso, como dificultad para el manejo es que hay áreas con circuitos eléctricos compartidos lo cual no permite que sean apagadas algunas luces. Se solicitó información a Colsoft, para verificar estrategia de ahorro para computadores e impresoras, las cuales son las siguientes: para los PCs, se tiene configurada política desde Directorio Activo para que a los 10 minutos de inactividad del equipo este realice lo siguiente: Apagar Pantalla, Suspender PC, y para las impresoras están configuradas para que se suspendan luego de 30 Minutos de Inactividad. Por lo tanto, se obtuvo un cumplimiento de 39.9%

- 58% cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC.

Ascensores: 66,6% de avance

Tecnología de los ascensores bajo el contrato 0582 de 2020

Instalación de tres ascensores en el INC:

2 ascensores instalados en su totalidad los cuales son: Ascensor panorámico del edificio de hospitalización, ascensor panorámico medicina nuclear, 1 ascensor en proceso de instalación, el cual es, ascensor número 3 de hospitalización, el cual se encuentra en el 43% de ejecución.

Aguas lluvia: 50%

Contrato para la separación de tuberías residuales con las tuberías de aguas lluvias para todo el INC y el cambio de cubierta con bajantes nuevas para el edificio administrativo No.0383 de 2021 por la empresa Solincon, el cual está ejecutado en un 50%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 87 de 97	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ❖ La evaluación del PDI se hace con base al resultado de los indicadores aprobados en el acuerdo 008 del 28 de mayo de 2019, los cuales tiene seguimiento trimestral a través de los 14 de los planes operativos institucionales.
- ❖ Los resultados del seguimiento semestral a las metas PDI de cada vigencia se presentan previamente en Comité Directivo, lo cual permite tener mayor control de para la toma decisiones en la mejora del cumplimiento de las metas programadas, para posteriormente ser presentados ante la Junta Directiva.
- ❖ Del total de las 142 metas programadas para la vigencia 2021, 107 tuvieron cumplimiento $\geq 90\%$, 17 con cumplimiento entre 71% y 89% y 18 con cumplimiento $\leq 70\%$, las cuales se desagregan en el anexo 1.
- ❖ Se remitió mediante oficio interno institucional a los responsables del cumplimiento de las metas e indicadores, plantear estrategias para mejorar el cumplimiento y el logro de los objetivos planteados en el PDI 2019-2022.
- ❖ Continuamos trabajando en la mejora continua de los procesos institucionales.

Aprobado

Carolina Wiesner Ceballos
Directora General

VoBo Lina María Trujillo Sánchez

VoBo Martha Lucía Serrano López

VoBo Juan José Pérez Acevedo
Baquero

VoBo Adriana Patricia Hernandez

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 88 de 97	

ANEXO 1. METAS PDI 2019-2022, PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021

Eje de dirección. Líneas Gestión de Desempeño Institucional y Imagen Corporativa

Nº	Metas	% Cumplimiento promedio
1	Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	100%
2	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	100%
3	Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional	100%
4	Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%.	100%
5	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	100%
6	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%
7	Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional	100%
8	Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario	100%
9	Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	100%
10	Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo	99%
11	Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	95%
12	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	93%
13	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	92%
14	Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	92%
15	Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información	89%
16	Cumplir al 100% el plan de humanización	85%
17	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	65%
18	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	63%
19	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	51%
20	Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional	50%
21	Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada al 2021	50%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 89 de 97			

Nº	Metas	% Cumplimiento promedio
22	Implementar en el Instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación).	38%

Eje misional. Línea Atención y Cuidado de Pacientes

Nº	Metas.	% Cumplimiento promedio
1	Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas al año 2021	100%
2	Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%.	100%
3	Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma implementada al año 2022.	100%
4	Consolidar el soporte oncológico como componente del modelo de atención integral	100%
5	Posicionar las cirugías de alta complejidad (microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación) en el contexto nacional (2020-2022)	100%
6	Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022)	100%
7	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	100%
8	Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2022.	100%
9	Mejorar la calidad de la atención en pediatría de niños con leucemia agudas en pediatría implementada en el año 2022	100%
10	Evaluar el programa de cirugía asistida por robot al año 2019	100%
11	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	100%
12	Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	100%
13	Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019	100%
14	Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados)	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 90 de 97	

Nº	Metas.	% Cumplimiento promedio
15	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	98%
16	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	98%
17	Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC)	94%
18	Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	94%
19	Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021	88%
20	Optimizar el programa de cirugía ambulatoria	87%
21	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	85%
22	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)	84%
23	Innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia como estrategia para mejorar la competitividad (2019-2022)	84%
24	Implementar un programa de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico	0%
25	Implementar un programa de capacitación en el manejo de enfermería del paciente hematológico al 2022	0%
26	Diseñar e implementar un programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá	0%
27	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%
28	Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer al año 2021	0%
29	Crear la unidad de clínicas endoscópicas al año 2022	0%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 91 de 97			

Eje misional. Línea Docencia

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica	100%
2	Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC	100%
3	Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC	99%
4	Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia	98%
5	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022	96%
6	Contar con estudio de factibilidad al año 2021	90%

Eje misional. Línea Investigación

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional	100%
2	Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	100%
3	Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación	100%
4	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%
5	Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas	100%
6	Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer	100%
7	Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI)	100%
8	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%
9	Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación	98%
10	Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer	85%
11	Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación	50%
12	Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética	50%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 92 de 97	

Eje misional. Línea Salud Pública

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer	100%
2	Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general	100%
3	Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional	100%
4	Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia	100%
5	Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente	100%
6	Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer	100%
7	Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer.	100%
8	Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH	100%
9	Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer	100%
10	Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	100%
11	Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio.	100%
12	Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología	100%
13	Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer	100%
14	Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022	100%
15	Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados	100%
16	Evaluar los resultados del plan decenal para el control del cáncer en el año 2021 con base en las fuentes de información secundarias disponibles.	100%
17	Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer.	100%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 93 de 97	

N°	Meta	% Cumplimiento promedio
18	Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país	100%
19	Iniciar o actualizar dos (2) Guías de Práctica Clínica al año.	66%

Eje de Apoyo. Línea Gestión del Talento Humano

N°	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional).	100%
2	Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%	100%
3	Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje	100%
4	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.	100%
5	Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días	100%
6	Disminuir en 0,6 el índice frecuencia de accidentalidad institucional (Línea base 8,1)	100%
7	Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. (Línea base 47)	100%
8	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores	100%
9	Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%.	100%
10	Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional	96%
11	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).	95%
12	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	89%
13	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	47%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
		Página 94 de 97	

Eje de Apoyo. Línea Gestión del Talento Humano

N°	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido.	100%
2	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)	100%
3	Obtener una utilidad neta para el año 2019: $\geq 8\%$, año 2020: $\geq 1\%$, año 2021: $\geq 8\%$ y año 2022: $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional.	100%
4	Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades	100%
5	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 para el año 2019: 2%, año 2020: 1%, año 2021: 2% y año 2022: 2% del presupuesto de ingreso anual.	100%
6	Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	100%
7	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.	100%
8	Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras	100%
9	Porcentaje del proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia siguiente igual o mayor al porcentaje del presupuesto de la vigencia actual.	100%
10	Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP	100%
11	Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos	92%
12	Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas	90%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 95 de 97			

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
13	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual.	90%
14	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	90%
15	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%.	86%
16	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	75%

Eje de Apoyo. Línea Gestión de la Tecnología

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información	100%
2	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%
3	Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer	100%
4	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA)	100%
5	Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información.	100%
6	Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI)	99%
7	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%	96%
8	Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico	94%
9	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	91%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 96 de 97			

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
10	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.	90%
11	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	88%
12	Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas.	85%
13	Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	80%

Eje de Apoyo. Línea Gestión Comercial

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional	100%
2	Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.	100%
3	Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial.	100%
4	Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC.	99%
5	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%	94%
6	Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones.	92%
7	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	90%
8	Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD.	67%

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-06
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	2
	INFORME DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	VIGENCIA:	14-01-2022
Página 97 de 97			

Eje de Apoyo. Línea Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental

Nº	Meta	% Cumplimiento promedio
1	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	87%
2	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.	79%
3	Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo	73%
4	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	68%

Adriana Patricia Hernández Baquero
Aprobó

Dairys Yulieth Barrios Bonilla
Elaboró

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	05-06-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	14-01-2022	Se actualiza portada y contenido	Paula Andrea Salamanca Medina

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

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	14-01-2022	Fecha:	14-01-2022	Fecha:	14-01-2022