

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 1 de 30	

MANUAL DE CALIDAD

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

**ELABORADO POR:
ASESOR DE CALIDAD**

ASESORÍA DE CALIDAD

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

2020

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 2 de 30	

TABLA DE CONTENIDO

1	GENERALIDADES	3
1.1	PROPÓSITO DEL MANUAL DE CALIDAD	3
1.2	ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	3
1.3	DEFINICIONES	4
2	DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	5
2.1	MISIÓN	5
2.2	VISIÓN	5
2.3	OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL PLAN DE DESARROLLO 2019-2022	5
2.4	OBJETIVOS DE CALIDAD	15
2.5	ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	15
2.6	REQUISITOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	16
2.7	PARTES INTERESADAS	17
2.8	INTERACCION DE LOS PROCESOS	21
3	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	22
3.1	INTRODUCCIÓN A LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL	22
3.2	MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL	23
3.3	IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	23
3.4	DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015	28
4	CONTROL DE CAMBIOS	30

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 3 de 30	

1 GENERALIDADES

1.1 PROPÓSITO DEL MANUAL DE CALIDAD

El propósito del presente manual es describir el Sistema de gestión de la calidad del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado, como un modelo para la armonización de diferentes subsistemas que planean, ejecutan y evalúan el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, el control interno, el sistema de calidad como entidad pública, los estándares de gestión ambiental, los requisitos del sistema de seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

La Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología expresa su compromiso en el cumplimiento de los principios del sistema, los cuales se han formalizado en sus ejes, objetivos con sus metas y estrategias del Plan de Desarrollo (Acuerdo 008 del 28 de mayo del 2019) y que contiene entre otros elementos, la política de calidad. La Resolución 0732 del 2014 que define el Sistema integrado institucional, hace énfasis en la satisfacción de nuestros usuarios, en la participación para el logro de los objetivos institucionales, en la gestión por procesos, en la transparencia, la coordinación y en el mejoramiento continuo.

En el manual encontramos una herramienta de gestión organizacional mediante la relación de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo con el objeto de permitir su operación y así mejorar los servicios que presta el Instituto. Dicha relación esta soportada documentalmente en la aplicación SIAPINC, permitiendo acceder a elementos estructurales y documentales como la caracterización y descripción de estos. Para efectos de mejor comprensión en el presente manual, se denominará INSTITUTO al Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado.

El Manual de Calidad se revisa y actualiza si es necesario, una vez al año para garantizar los cambios correspondientes a procesos, procedimiento y requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2015.

El representante de la Dirección hace parte de la planta del personal con la denominación del cargo de Asesor de Calidad y es el responsable de la socialización del manual de calidad tanto al interior del INSTITUTO, como entregar a partes interesadas que así lo requieran. Entre otras funciones esta la función de diseñar, implementar y mantener el sistema de gestión de calidad, informar sobre su desempeño y gestionar el comité de calidad. La difusión del Manual de Calidad se realizará por los medios que disponga el Instituto para tal fin.

Todo cambio, actualización o modificación al manual de calidad debe seguir lo dispuesto en el Procedimiento [GSJ-P03 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS](#)

1.2 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad del INSTITUTO se basa en la aplicación de los requisitos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (parte 5, capítulo 1 del Decreto 780 de 2016, alineación con MIPG de acuerdo a lo establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, integró en un solo Sistema de Gestión los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, previstos en las Leyes 489 de 1998 y 872 de 2003, respectivamente, el cual deberá articularse con el Sistema de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008/2015, las normas legales y técnicas del subsistema de seguridad y salud en el trabajo Decreto 1072 del 2016,)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 4 de 30	

El alcance de este manual inicia con el proceso del nivel estratégico denominado **Gestión del Sistema de Desempeño Institucional (GSI)** e igualmente cuenta con 6 procesos misionales y 7 procesos de apoyo descritos de la siguiente manera:

Misionales

- Diagnóstico y Estatificación
- Unidades Funcionales de Tratamiento
- Gestión Apoyo Clínico,
- Docencia
- Investigación
- Salud Pública

Procesos de apoyo:

- Gestión y desarrollo del Talento Humano
- Gestión de tecnología clínica e infraestructura
- Gestión de tecnologías de información
- Gestión de archivo y Documental
- Gestión Comercial
- Gestión del Gasto
- Gestión Contable

Estos describen las actividades definidas por el INSTITUTO, para un total de 14 procesos.

1.3 DEFINICIONES

Para el propósito del presente manual, son aplicables los términos y definiciones dados por la ISO 9000:2015, así:

Calidad: Grado en el que un conjunto de características, inherentes de un objeto, cumple con los requisitos.

Mejora Continua: actividad recurrente para mejorar el rendimiento

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Manual de Calidad: Especificación para el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Usuario: Organización, entidad o persona que recibe un producto o servicio. (En el Instituto Nacional de Cancerología se utiliza el término “usuario” para referirse al cliente que se menciona en Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y en ISO 9000:2015).

Servicio: Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente

Sistema de gestión de la calidad: Parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad

Sistema integrado de gestión institucional: Es un conjunto que vincula modelos conceptuales, recursos y elementos de gestión de los subsistemas de calidad, control interno, desarrollo administrativo, modelo integrado de planeación y gestión, el obligatorio de garantía de calidad en salud, ambiental, seguridad y salud en el trabajo,

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 5 de 30	

documental y archivo, con el objeto de hacer más eficiente y efectivo la satisfacción de necesidades, expectativas y requisitos del cliente y partes interesadas, conforme a la plataforma estratégica del Instituto y lograr valor público a través del cumplimiento de los objetivos misionales, la optimización de los recursos y el fortalecimiento de la capacidad de gestión.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

Satisfacción del Cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido las expectativas de los clientes.

2 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.1 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.

2.2 VISIÓN

En el 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.

2.3 OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL PLAN DE DESARROLLO 2019-2022

Se identifican los objetivos en la siguiente tabla donde para la vigencia 2019 – 2022 se definieron 3 ejes los cuales se describen a continuación;

1. EJE DIRECCIÓN

1.1 Línea estratégica gestión de desempeño institucional

5 Objetivos	14 Metas
1. Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología	• Propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes. Año 2019
	• Redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada al 2021

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 6 de 30	

2. Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	• Desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%. • Habilitación • Participar en la definición de los requisitos de habilitación específica para servicios oncológicos. • Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional- Acreditación
3. Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia de la información	• Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional
4. Garantizar total transparencia en el actuar institucional	• Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%. • Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%. • Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo. • Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información • Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional. • Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario.
5. Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	• Cumplir al 100% el plan de humanización

1.2 Línea estratégica imagen corporativa

4 Objetivos	9 Metas
1. Desarrollar el plan de responsabilidad social	• Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%.
2. Posicionar al ante la comunidad y la opinión pública	• Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación). • Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%. • Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 7 de 30	

3. Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	• Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores en: ✓ Políticas institucionales ✓ Planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo. • Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%. • Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%.
4. Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional.	• Estandarizar la información de capacidad instalada institucional. • Organizar la prestación de servicio de acuerdo con la capacidad instalada

2. EJE MISIONAL

2.1 Línea estratégica Atención y Cuidado de Pacientes

8 Objetivos	34 Metas
1. Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes.	• Cumplir el plan de humanización en el componente de atención a pacientes.
2. Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	• Mantener y mejorar la calificación cultura de seguridad del paciente. Línea base 3.4 • Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales • Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales • Garantizar la calidad del registro de la historia clínica • Mejorar la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%.
3. Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes.	• Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días: diagnóstico y estadificación, inicio de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía)
4. Mejorar la atención del paciente con cáncer a través del modelo de atención centrado en el usuario	• Revisar y estandarizar el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA) al año 2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 8 de 30	

2.1 Línea estratégica Atención y Cuidado de Pacientes

8 Objetivos	34 Metas
5. Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION: • Innovación en el servicio de medicina nuclear y radio farmacia • Programa de producción magistral en biotecnológicos, Fito terapéuticos y radiofármacos terapéuticos • Identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios • Proyecto de transporte neumático • Programa de reactivo vigilancia QUIRURGICOS: • Programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC). • Programa de cirugía ambulatoria. • Clínicas endoscópicas • Programa de cirugía asistida por robot • Posicionar las cirugías de alta complejidad (microcirugía, sugar baker, salvamento de extremidades, cirugía micrográfica de Mohs, cirugía laparoscópica avanzada, cirugía por navegación)
	CLINICOS • Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto • Programa piloto de cuidado paliativo para paciente pediátrico a nivel Bogotá. • Programa de inducción para el manejo intensivo del paciente hematológico. • Programa de capacitación en el manejo de enfermería del paciente hematológico • Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer • Crear seis (6) clínicas de excelencia en neoplasias en Hemato linfoides (mieloma múltiple, leucemia mieloide, mieloide crónica, linfoma cutáneo y fotoféresis, leucemias agudas) • Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma • Mejorar la calidad de la atención en pediatría. Programa de hermanamiento con St Jude

2.2 Línea estratégica Docencia

4 Objetivos	7 Metas
1. Obtener el reconocimiento como hospital universitario	• Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2020 • Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 9 de 30	

2. Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales).	- Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica - Obtener el registro calificado para dos (2) nuevos programas académicos de subespecialidad oncológica al año 2022.
3. Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión).	- Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC. - Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC.
4. Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC.	Contar con estudio de factibilidad al año 2020.

2.3 Línea estratégica Salud Pública

8 Objetivos	26 Meta
1. Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer.	- Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer. - Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país. - Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general. - Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH - Mantener el monitoreo de la vacunación contra el cáncer de cuello uterino. - Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia. Proyecto piloto para implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Cáncer Ocupacional. - Diseñar e implementar el Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia
2. Contribuir al incremento de la cobertura de tamización en cáncer en el país.	Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados.
3. Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia.	Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio
4. Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país.	- Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos. - Definir metodología al año 2020 y medir la oferta de talento humano en oncología del país para el 2022. - Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer. - Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 10 de 30	

8 Objetivos	26 Metas
5. Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	• Elaborar mínimo 2 guías de práctica clínica al año.
6. Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer.	• Mantener los cuatro registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer. • Mantener la vigilancia de la supervivencia poblacional en los cánceres priorizados en Colombia (mama, cuello uterino, estómago, colon y recto y próstata) • Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente. • Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer. • Obtener la adherencia del registro de cáncer de base poblacional de Cali en Infocancer. • Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional. • Implementar al menos dos (2) nuevos registros poblacionales y consolidar un registro poblacional a nivel nacional.
7. Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país.	• Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022.
8. Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social.	• Evaluar los resultados del plan decenal para el control del cáncer en el año 2021 con base en las fuentes de información secundarias disponibles. • Presentar los objetivos y metas de las líneas estratégicas para el plan decenal para el control del cáncer 2022-2031. • Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer. • Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 11 de 30	

3. EJE DE APOYO

3.1 Línea Estratégica Gestión Financiera

3 Objetivos	18 Metas
1. Mejorar la sostenibilidad financiera institucional.	• Incrementar por lo menos el IPC+1 punto anual los recursos asignados en presupuesto de inversión • Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional • Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen un 2% del presupuesto de ingreso anual • 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. • Implementar al 100% la factura electrónica recibida y emitida al año 2020. • Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP. • Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido. • Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. (Línea base: \$246.000 millones) 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) • 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%. • Depurar el 100% del valor registrado con corte a diciembre de 2018 en la cuenta contable de orden. (Línea base: \$81.162 millones) y mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019 • Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades • Obtener una utilidad neta $\geq 8\%$ que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 12 de 30	

3 Objetivos	18 Metas
2. Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC.	• Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos. • Diseñar e implementar al 100% el procedimiento de importaciones institucional. • Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos. • Mantener una ejecución presupuestal $\geq 90\%$ anual
3. Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios.	• Diseñar, implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas. • Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras.

3.2 Línea Estratégica Gestión del Talento Humano

3 Objetivos	17 Metas
1. Atraer el mejor talento humano	• Promover la política de trabajo mejor remunerado en el INC mediante la búsqueda un régimen laboral especial que reconozca las actividades de docencia, investigación y asistencia. • Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días. • Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%. • 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.
2. Fidelizar el talento humano institucional	• Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales. • 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). • Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores. • Medir y diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los seis (6) cargos que presentan mayor porcentaje. • Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 13 de 30	

3. Mejorar la calidad de vida laboral	• Mejorar en tres (3) puntos el clima organizacional teniendo en cuenta la línea de base 2017: 67. • Reducir en 2 puntos el riesgo psicosocial. Línea base 2017: 60 • Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional. • Reducir el ausentismo por las causas definidas en el Instituto en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional) • Disminuir en 0,6 la índice frecuencia de accidentalidad institucional. Línea base 2018: 8,1 • Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes. Línea base: 47 • Cumplir los estándares que apliquen a talento humano para habilitación • Autoevaluación de acreditación con calificación mínima de 3.5 en el estándar de talento humano
---------------------------------------	--

3.3 Línea Estratégica Gestión de la Tecnología

2 Objetivos	14 Metas
1. 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.	• Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI). • 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. • 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. • Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información. • Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información. • Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo con la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas. • Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA).
2. Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer.	• 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. • Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer. • 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%. • Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico. • Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados). • Cumplir los estándares que apliquen para habilitación • Autoevaluación de acreditación con calificación mínima de 3.5 en el estándar

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 14 de 30	

3.4 Línea Estratégica Gestión Comercial

3 Objetivos		9 Metas
1. 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.		• Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD. • Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones.
2. Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales.		• Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional. • Alcanzar el 10% en la venta de servicios en nichos distintos a las ERP, (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) con enfoque a la venta de servicios de atención a patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. Línea base: 5% de la facturación. • Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC. • 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.
3. Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento.		• 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%. • Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial. • Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.

3.5 Línea Estratégica Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental

1 Objetivos	7 Metas
1. Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados.	• Diseñar y ejecutar el 100% anual un plan de mantenimiento, predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo. • Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo con la normatividad vigente. • 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. • Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas. • Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC • Cumplir los estándares que apliquen para habilitación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 15 de 30	

	• Autoevaluación de acreditación con calificación mínima de 3.5 en el estándar
--	--

La política de calidad institucional tiene en consideración los objetivos del plan de desarrollo 2019-2022, y la valoración de diferentes criterios de calidad descritos de la siguiente manera los cuales se encuentran definidos en el sistema de seguridad social como en el sistema obligatorio de calidad en salud (Decreto 1011 del 2006 art. 3).

seguridad, oportunidad, accesibilidad, comunicación efectiva, pertinencia, trato con calidez, aceptabilidad, continuidad, eficiencia, efectividad, coordinación, mejoramiento continuo y satisfacción del usuario, expresando la política de calidad así:

“El Instituto Nacional de Cancerología se compromete a desarrollar un modelo de gestión integrada de calidad orientado a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios, al aprendizaje institucional y al mejoramiento continuo de los procesos de cuidado del paciente oncológico, investigación, formación de talento humano y desarrollo de acciones de salud pública. Todo ello promoviendo el crecimiento permanente de nuestra fuerza de trabajo y la sostenibilidad de nuestro entorno ambiental”

Por lo anterior; El Instituto Nacional de Cancerología se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en la política desarrollando un modelo de gestión orientado a la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes internos y externos enfatizando en el mejoramiento continuo de nuestros procesos misionales, todo ello promoviendo el crecimiento permanente de nuestra fuerza de trabajo y la sostenibilidad de nuestro entorno ambiental”.

2.4 OBJETIVOS DE CALIDAD

Acordes con la revisión de la política anteriormente enunciada, El Instituto Nacional de Cancerología contempla los siguientes objetivos de calidad, en correspondencia con las directrices de dicha política:

1. Lograr la satisfacción de nuestros usuarios en la prestación de servicios oncológicos, la formación de talento humano, la investigación y el desarrollo de acciones en salud pública.
2. Prestar servicios oncológicos con eficacia, oportunidad, seguridad, integralidad, buen trato y comunicación efectiva.
3. Lograr el cumplimiento de los convenios docencia-servicio de manera participativa y formativa.
4. Desarrollar proyectos de investigación confiables, pertinentes, oportunos y seguros.
5. Impulsar el desarrollo de programas de salud pública para el control del cáncer seguros, eficaces y eficientes
6. Diseñar e implementar prácticas ambientales sostenibles que permitan controlar los riesgos asociados a la contaminación ambiental y al ahorro y uso eficiente de recursos naturales.
7. Desarrollar acciones para la promoción de entornos de trabajo saludable enfocado en el autocuidado de los colaboradores con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

2.5 ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos de calidad el Instituto ha desarrollado las siguientes estrategias:

1. Realizar una gestión basada en riesgos que nos permita llevar a cabo el seguimiento y la evaluación periódica al cumplimiento de nuestros objetivos tanto Institucionales como los de Calidad.
2. Realizar mediciones periódicas mediante el seguimiento de los indicadores de cada uno de los procesos
3. Realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos en el marco de los comités institucionales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 16 de 30	

4. Realizar las evaluaciones del desempeño de los funcionarios
5. Gestionar encuestas de satisfacción a clientes internos y externos (aplicación, consolidación e implementación de estrategias basadas en el resultado de las encuestas)
6. Ejecutar y gestionar controles a los procesos externos
7. Realizar actividades de auditorías internas de calidad, integrales y de gestión administrativa.

En el Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022, se fijan los indicadores y las metas, las cuales se encuentran en íntima relación con los objetivos de la calidad propuestos. Todos los servidores del Instituto incluyendo aquellos que están vinculados mediante contratos de prestación de servicios, cooperados y otras formas de contratación son responsables por la calidad de los servicios que se ofrecen, cumpliendo las funciones y/o servicios que se han designado para el logro de los objetivos antes mencionados.

2.6 REQUISITOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

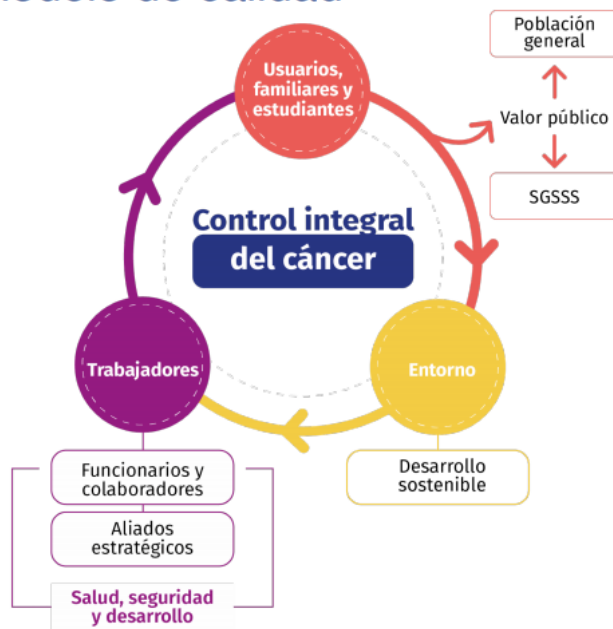
El INSTITUTO se responsabiliza de mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de desempeño institucional, mediante las siguientes acciones:

- Identificará, documentará y actualizará los procesos institucionales y su aplicación.
- Determinará la secuencia e interacción de estos procesos.
- Se identificarán los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos sea eficaz.
- Se asegurará la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.
- Se realizará seguimiento, medición y análisis de resultados de los procesos.
- Se implementarán acciones para alcanzar los resultados propuestos y la mejora continua.

A continuación, se hace una descripción del sistema integrado de gestión INC y su representación gráfica que señala las relaciones de manera general y los referentes de estándares:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 17 de 30	

Modelo de calidad



En la esfera usuarios, familiares y estudiantes: La gestión de calidad, busca mejorar la gestión por procesos con un enfoque a resultados, que permita incrementar la conformidad en la prestación de los servicios misionales, para lograr una mayor satisfacción de nuestros usuarios: pacientes oncológicos, estudiantes, universidades, aseguradores en salud y entidades territoriales en lo concerniente con salud.

En la esfera trabajadores: aplica la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, se busca un mayor compromiso con el tratamiento de peligros y riesgos que pueden afectar a los colaboradores que desarrollan, sus actividades en la Entidad, asimismo, a los Clientes – Usuarios y demás partes interesadas que puedan estar expuestas a peligros asociados. El estándar internacional que complementa la legislación nacional en materia laboral es el Decreto 1072 de 2015, Resolución 312 de 2019. Se cuenta con manual del subsistema de seguridad y salud en el trabajo [GTH-P05-M-04 MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST](#).

En la esfera entorno: aplican la gestión Ambiental, que busca un mayor compromiso con la protección del Medio Ambiente, y la disminución de impactos que puedan generar contaminación ambiental.

2.7 PARTES INTERESADAS

El instituto Nacional de Cancerología consiente de su participación en el sector de la salud y con el ánimo de contribuir en proporcionar servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios, el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales, institucionales y normativos, a determinado las partes interesadas relevantes al objeto y la naturaleza de sus servicios en la siguiente clasificación:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 18 de 30	

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Gobierno	Ministerio de salud y protección social Departamento administrativo de la función pública DAFP Súper Intendencia Nacional de salud Secretaría Distrital de salud INVIMA Contraloría Procuraduría Instituto nacional de salud Ministerio de hacienda y crédito público Ministerio de las TIC (Gobierno en línea) Congreso de la república Departamento Nacional de Planeación Alcaldías Gobernaciones Policía nacional SENA Federación Nacional de Municipios Colciencias Defensoría del pueblo Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial Personería	• Cumplimiento de los requisitos legales • Cumplimiento de los protocolos establecidos • Cumplimiento de contratos y convenios establecidos • Garantizar las condiciones de salud a los pacientes y usuarios del Instituto • Apoyar el Sistema de gestión integrado • Cumplimiento de la normatividad y los Procedimiento paras • Acatamiento de legislación en salud	• Legalidad • Contribución al desarrollo en salud del país • Colaboración con instituciones científicas, culturales, Universidades, Medioambiente, ONG • Cumplimiento inmediato a los requisitos estipulados • Agregar valor público • Implementación e integración con otras normas auditables • Promoción y prevención de la salud • Participación Activa en Salud • Lucha contra la corrupción
Organismos Internacionales	Organización mundial de la salud Organización panamericana de salud Organización internacional del Trabajo Joint comisión Organización de naciones unidas Organismo internacional de energía atómica Organismo andino de salud Otras agencias sanitarias Embajadas de otros países en Colombia Otros organismos multilaterales	• Cumplimiento a los requisitos legales y normativos • Cumplimiento de requisitos en Salud	• Promoción y prevención de la Salud • Orientar la formulación de políticas internacionales en salud, programas, protocolos, y guías basadas en evidencias

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Proveedores y Sub contratistas	Personas naturales o jurídicas que suministran un bien o servicio requerido por el Instituto Nacional de Cancerología (Transporte, servicios generales, papelería, vigilancia, operadores logísticos, Contac center) Otros servicios	• Oportunidad en los pagos • Comunicación oportuna • Estrategias de compra • Seguimiento de los contratos • Tratamiento de discrepancias	• Respeto a las reglas de libre mercado • Capacidad de pago • Información clara • Posibilidades comerciales • Respeto por las marcas • Respeto por la propiedad Industrial

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 19 de 30	

		• Establecer canales de comunicación apropiados	
Medios de comunicación	Radio Televisión Emisoras de interés público Medios alternativos, Digitales Canales regionales Impresos Comunitarios Eclesiásticos Publicaciones médicas y científicas Periódicos nacionales y locales Revistas médicas y científicas Redes Sociales	• Opinión pública • Cumplimiento legal • Rendición de cuentas • Transparencia • Veracidad de la información • Reacciones sociales sobre hechos • Aprendizaje colaborativo	• Libertad de expresión • Difusión cultural • Transferencia de información
Vigilados (Personas naturales y jurídicas relacionadas con)	Medicamentos Productos biológicos Dispositivos y elementos médico-quirúrgicos y odontológicos Productos generados por biotecnología Reactivos de diagnóstico Prestadores de servicios médicos EPS, IPS, Laboratorios clínicos, Servicios de diagnóstico, bancos de sangre, bancos de tejidos, bancos de órganos y similares Otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva	• Atención a los usuarios • Certificación de pagos • Impuestos • Presupuesto general • Servicio	• Control y rendición de cuentas • Informes de Gestión • Informes de auditoría • Solución de PQRS • Respuestas - Derechos de petición

GRUPOS DE INTERES	PARTES INTERESADAS	NECESIDADES	EXPECTATIVAS
Empleados funcionarios	Directivos Mandos intermedios Personal de planta Tercerizados Contratistas Sindicatos Empleados Pensionados Retirados Asociados	• Salario • Seguridad, Higiene • Capacidad de Gestión • Prestigio • Ingresos • Experiencia	• Prestaciones Sociales • Estabilidad • Promoción • Empleabilidad • Participación • Formación
Usuarios y clientes	Médicos Pacientes, familiares, acompañantes Clínicas privadas Hospitales Farmacéuticas Mayoristas Enfermeras Asistentes Docentes	• Atención • Tratamiento • Medicamentos • Autorizaciones • Exámenes • Diagnóstico	• Justa relación Servicio – calidad – precio • Información Veraz • Oportunidad en la prestación de servicios • Calidad • Garantías en Salud • Seguridad

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 20 de 30	

	Cientes internos Compañías nacionales de Servicios de Salud		
Competidores	Hospitales de alta complejidad Hospitales Acreditados Hospitales y clínicas privadas compañías farmacéuticas IPS Centros de tratamiento de Cáncer Otras Instituciones	• Reconocimiento publicitario • Canales de comunicación • Canales de distribución • Canales de apoyo al Servicio • Reconocimiento de imagen • Respeto por las marcas y el posicionamiento • Procesos de referenciación	• Patrocinio • Convenios • Participación en Ferias • Relaciones públicas • Cooperación • Soporte Clínico • Soporte técnico, científico • Trayectoria
Otras partes interesadas	Sindicatos Universidades y centros de educación superior y técnica, Investigadores, estudiantes Socios Comunidades locales Comunidad académica y científica ONG y grupos de presión Organización de pacientes Vecinos Autoridades locales Asociaciones de caridad y organizaciones voluntarias Grupos medioambientales	• Investigación • Contribución al Desarrollo • Formación • Respeto y promoción de derechos laborales • Legalidad • Colaboración con Instituciones • Beneficio • Rentabilidad • Inversiones	• Cuidado por el medio ambiente • Acciones de responsabilidad social • Promoción y prevención del cáncer • Uso de nuevas tecnologías • Respeto por los derechos de los pacientes

De acuerdo con la anterior clasificación, el Instituto Nacional de Cancerología realiza un seguimiento periódico sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas, el cual consiste en la elaboración y aplicación de varias metodologías institucionales, reglamentarias y normativas que permiten la recopilación de información clave para luego hacer una revisión pormenorizada consistente en:

- Aplicación de encuestas de satisfacción
- Reuniones periódicas con las asociaciones de usuarios de la Salud
- Realización de comités asistenciales y administrativos Seguimiento a PQRS
- Rendición de cuentas
- Participación activa en Congresos, foros, simposios, conferencias y otros
- Participación en la presentación de datos y cifras relacionadas con cáncer
- Repositorio de datos e información científica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 21 de 30	

- Docencia e investigación
- Estrategias de comunicación en televisión, redes sociales, radio, canal institucional
- Publicaciones en vigilancia epidemiológica
- Reportes a los entes gubernamentales

2.8 INTERACCION DE LOS PROCESOS

El Instituto ha definido la estructura documental con el fin de disponer de procesos y procedimiento pares, que permiten asegurar el cumplimiento de lo planificado, identificar los puntos de control, los responsables, los riesgos y los requisitos de estos.

La interacción de los procesos se evidenciará en los contenidos de las caracterizaciones de estos y en las descripciones de actividades, los cuales están publicados en el aplicativo SIAPINC. Desde el punto de vista documental los procesos cuentan con la siguiente caracterización:

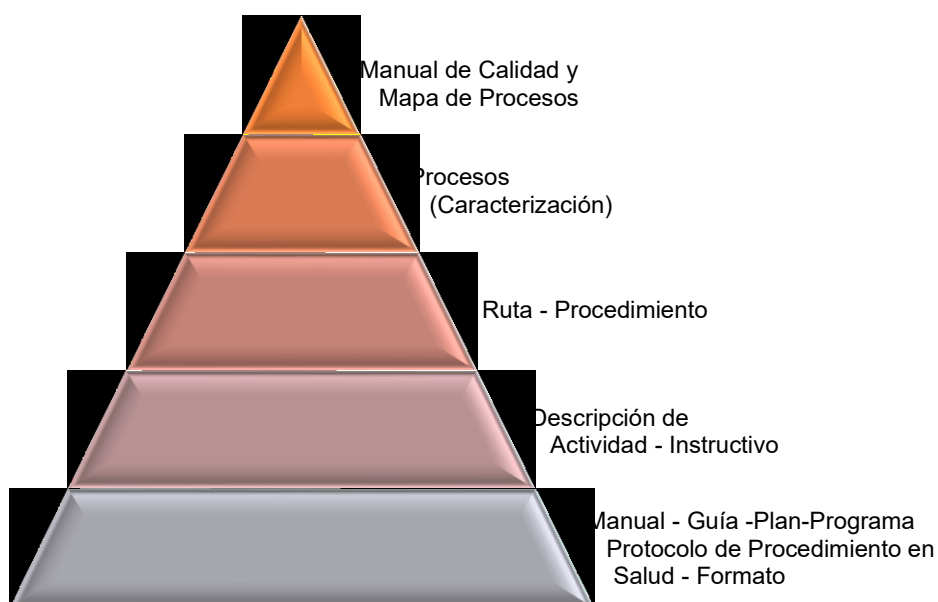
- Nombre del proceso
- Código
- Versión
- Vigencia
- Objetivo
- Alcance
- Líder
- **Caracterización:** es la identificación de todos los factores que intervienen en un proceso y que se deben controlar. Estos elementos son: objetivo, alcance, líder, proveedores, entradas, salidas, clientes, grupos, recurso humano, recursos físicos y tecnológicos, procedimientos y documentos, indicadores, cargos involucrados y normatividad.
- Relación de grupos
- Recurso humano
- Recurso físico
- Procedimiento: Enlace con base de datos
- Documentos
- Requisitos y norma de certificación norma técnica ISO 9001:2015, alineados a MIPG

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 22 de 30	

3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 INTRODUCCIÓN A LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La estructura documental para el sistema está definida en el manual [GSI-P03-M-01 MANUAL PARA EL LEVANTAMIENTO DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES](#), de la siguiente manera:



La descripción anterior muestra la forma mediante la cual el Instituto Nacional de Cancerología tiene organizada la documentación.

Así mismo, esto no restringe el hecho que los procesos del Instituto Nacional de Cancerología tengan otros documentos específicos y básicamente de tipo técnico, que ayudan a su adecuado desarrollo. Este tipo de documentos se relacionan en la descripción de los respectivos procesos, los cuales pueden ser consultados según se requiera en el sistema SIAPINC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 23 de 30	

3.2 MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL



Se definieron tres categorías de procesos, Estratégicos, Misionales y de Apoyo, los cuales se desagregan a continuación, de la siguiente manera:

3.3 IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Cada una de las anteriores categorías de procesos se subdividió, de tal manera que se definieron 14 procesos según relación que se presenta en la siguiente tabla, la cual define el tipo de proceso, el nombre de este y su código. La documentación de los procesos del Instituto está disponible en la aplicación denominada SIAPINC, donde se encuentra caracterizaciones, ruta, procedimientos, descripción de actividad, instructivo, Manual - Guía

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 24 de 30	

-Plan-Programa, Protocolo de Procedimiento en Salud – Formato (ver Aplicativo SIAPINC), el cual forma parte de este manual.

CODIGO	PROCESO	PROCEDIMIENTO
GSI	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
GSI-P01	Estratégico	Procedimiento para direccionamiento estratégico
GSI-P02	Estratégico	Procedimiento para gestión de la calidad
GSI-P03	Estratégico	Procedimiento para gestión de la organización y métodos
GSI-P04	Estratégico	Procedimiento para gestión de costos
GSI-P05	Estratégico	Procedimiento para modelos y estudios económicos
GSI-P06	Estratégico	Procedimiento para gestión de proyectos
GSI-P07	Estratégico	Procedimiento para gestión del riesgo
GSI-P08	Estratégico	Procedimiento para comunicación institucional
GSI-P09	Estratégico	Procedimiento para gestión de la información
GSI-P10	Estratégico	Procedimiento para evaluación del sistema integrado de gestión institucional (auditoria)
GSI-P11	Estratégico	Procedimiento para gestión de la mejora
GSI-P12	Estratégico	Procedimiento para referenciación institucional
GSI-P13	Estratégico	Procedimiento para el manejo de encuestas institucionales
GSI-P14	Estratégico	Procedimiento para control interno disciplinario
GSI-P15	Estratégico	Procedimiento para la gestión jurídica
DYE	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	
DYE-P01	Misionales	Procedimiento para realizar pruebas clínicas en el laboratorio
DYE-P02	Misionales	Procedimiento para pruebas de exámenes de patología diagnóstica
DYE-P03	Misionales	Procedimiento para estudios en imágenes diagnósticas
DYE-P04	Misionales	Procedimiento para realizar estudios diagnósticos y terapéuticos en medicina nuclear
DYE-P05	Misionales	Procedimiento para adecuación y control de radiofármacos para servicios de medicina nuclear
DYE-P06	Misionales	Procedimiento para síntesis y control de radiofármacos para tomografía por emisión de positrones (PET)
UFT	UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO	
UFT-P01	Misionales	Procedimiento para atención del paciente en unidades médicas y funcionales (consulta y unidades funcionales)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 25 de 30	

UFT-P02	Misionales	Procedimiento para ingreso y diagnóstico del paciente en la unidad de atención de cáncer infantil (UACAI)
UFT-P04	Misionales	Procedimiento para en Quirófanos (Grupo Salas de Cx) y Medicina Perioperatoria
UFT-P05	Misionales	Procedimiento para atención en radioterapia oncológica y física Médica
UFT-P06	Misionales	Procedimiento para soporte al paciente oncológico (cuidados paliativos, rehabilitación y terapia, salud mental, nutrición y soporte metabólico y medicina interna)
GAC	GESTIÓN APOYO CLÍNICO	
GAC-P01	Misionales	Procedimiento para gestión a usuarios
GAC-P02	Misionales	Procedimiento para atención de urgencias (GAICA)
GAC-P03	Misionales	Procedimiento para referencia y contra referencia
GAC-P04	Misionales	Procedimiento para ingreso
GAC-P05	Misionales	Procedimiento para estancia
GAC-P06	Misionales	Procedimiento para de egreso
GAC-P07	Misionales	Procedimiento para tratamiento de quimioterapia ambulatoria - hospital 24/7
GAC-P08	Misionales	Procedimiento para selección, adquisición y entrega de medicamentos y dispositivos médicos
GAC-P09	Misionales	Procedimiento para dispensación de medicamentos y dispositivos médicos en la farmacia ambulatoria
GAC-P10	Misionales	Procedimiento para dispensación de medicamentos y dispositivos médicos en la farmacia hospitalizados
GAC-P11	Misionales	Procedimiento para dispensación de quimioterapias en la central de mezclas oncológicas
GAC-P12	Misionales	Procedimiento para producción de Aire Medicinal en Sitio por Compresor
GAC-P13	Misionales	Procedimiento para donación de hemocomponentes
GAC-P14	Misionales	Procedimiento para suministro de hemocomponentes
GAC-P15	Misionales	Procedimiento para esterilización de instrumental y material médico quirúrgico
GAC-P16	Misionales	Procedimiento para de atención en la unidad de cuidado intensivo e intermedio adulto pediátrico

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 26 de 30	

GAC-P17	Misionales	Procedimiento para enfermería
DOC	DOCENCIA	
DOC-P01	Misionales	Procedimiento para programas docentes institucionales
DOC-P02	Misionales	Procedimiento para prácticas en educación formal
DOC-P03	Misionales	Procedimiento para educación de extensión
DOC-P04	Misionales	Procedimiento para gestión de recursos de biblioteca
DOC-P05	Misionales	Procedimiento para convenios docencia
INV	INVESTIGACIÓN	
INV-P01	Misionales	Procedimiento para investigación institucional
INV-P02	Misionales	Procedimiento para investigación extrainstitucional
INV-P03	Misionales	Procedimiento para Laboratorio de Investigaciones
INV-P04	Misionales	Procedimiento para banco nacional de tumores Terry Fox
INV-P05	Misionales	Procedimiento para gestión y análisis de datos
SPB	SALUD PÚBLICA	
SPB-P01	Misionales	Procedimiento para prevención y detección temprana del cáncer en Colombia
SPB-P02	Misionales	Procedimiento para vigilancia epidemiológica del cáncer
SPB-P03	Misionales	Procedimiento para de políticas y movilización social
SPB-P04	Misionales	Procedimiento para evaluación y seguimiento de servicios oncológicos
SPB-P05	Misionales	Procedimiento para vigilancia tecnológica
GTH	GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	
GTH-P01	Apoyo	Procedimiento para planificación del talento humano
GTH-P02	Apoyo	Procedimiento para selección del talento humano
GTH-P03	Apoyo	Procedimiento para el Ingreso del talento humano

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 27 de 30	

GTH-P05	Apoyo	Procedimiento para permanencia del talento humano
GTC	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA	
GTC-P01	Apoyo	Procedimiento para la adquisición de tecnología clínica
GTC-P02	Apoyo	Procedimiento para mantenimiento y calibración de equipos médicos y de producción de aire medicinal
GTC-P03	Apoyo	Procedimiento para gestión de obras
GTC-P04	Apoyo	Procedimiento para gestión de mantenimiento y de equipos no biomédicos
GTC-P05	Apoyo	Procedimiento Para gestión Ambiental
GTC-P06	Apoyo	Procedimiento para gestión de Soporte Hotelero
GHA	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	
GTI-P01	Apoyo	Procedimiento para gestión de tecnologías de la información y la comunicación
GAD	GESTIÓN DE ARCHIVO Y DOCUMENTAL	
GAD-P01	Apoyo	Procedimiento para gestión de documentos
GAD-P02	Apoyo	Procedimiento para gestión de correspondencia
GCM	GESTIÓN COMERCIAL	
GCM-P01	Apoyo	Procedimiento para mercadeo y venta de servicios
GCM-P02	Apoyo	Procedimiento para gestión de facturación
GCM-P03	Apoyo	Procedimiento para gestión de recaudo
GDG	GESTIÓN DEL GASTO	
GDG-P01	Apoyo	Procedimiento para gestión del presupuesto
GDG-P02	Apoyo	Procedimiento para gestión de compras y contratación
GDG-P03	Apoyo	Procedimiento para gestión de almacenes
GDG-P04	Apoyo	Procedimiento para gestión de gestión de pagos e inversiones
GDG-P05	Apoyo	Procedimiento para gestión de estudios previos y supervisión
GCO	GESTIÓN CONTABLE	
GCO-P01	Apoyo	Procedimiento para registro contable
GCO-P02	Apoyo	Procedimiento para análisis de información contable
GCO-P03	Apoyo	Procedimiento para gestión de inventario de activos fijos
GCO-P04	Apoyo	Procedimiento para novedades de activos fijos
GCO-P05	Apoyo	Procedimiento para gestión de cuentas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 28 de 30	

3.4. DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015

A continuación se relaciona cada uno de los temas y apartados de la norma técnica NTC ISO 9001: 2015 con el proceso o Procedimiento para relacionado, así:

Tema	Apartado	Proceso o Procedimiento para Institucional relacionado
Control de documentos	4.4.1 7.5 7.5.1 7.5.2 7.5.3	GAD-P01 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE DOCUMENTOS
Control de registros	4.4.2 7.5.3.1 7.5.3.2	GAD-P02 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA
Sistema de gestión de la calidad y responsabilidad por la dirección	7.4	GSI-01 GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL GSI-P08 PROCEDIMIENTO PARA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL
Manual de la calidad	4.2.2	GSI-01 GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL transversal para los subsistemas.
Enfoque al cliente	5.1.2	GSI-P02-D-01 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA IDENTIFICAR Y EVALUAR LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES
Política de calidad	5.2	GSI-01 GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL transversal para los subsistemas.
Planificación de la calidad	5.4	GSI-01 GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL transversal para los subsistemas.
Talento Humano y ambiente de trabajo	7.1 7.1.2 7.2 7.3	GTH-01 GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO
Provisión de recursos y adquisición de bienes y servicios	7.1	GDG-01 GESTIÓN DEL GASTO
Infraestructura	7.1.3	SPB-P05 PROCEDIMIENTO PARA VIGILANCIA TECNOLÓGICA GTC-P03 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE OBRAS
Producción y provisión de servicio	8.5 8.6	UFT-01 UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
		Página 29 de 30	

Tema	Apartado	Proceso o Procedimiento para Institucional relacionado
Producción y prestación de servicio	8.5 8.6	DYE-01 DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN
Producción y prestación de servicio	7.5. 7.6. 8	DOC-01 DOCENCIA
Producción y prestación de servicio	7.5. 7.6. 8	INV-01 INVESTIGACIÓN
Producción y prestación de	7.5. 7.6. 8	SPB-01 SALUD PÚBLICA
Planificación de la realización del servicio, procesos relacionados con el cliente y diseño y desarrollo	7.1	GSÍ-P06 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE PROYECTOS
	7.2	GTC-P01 PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA
	7.3	INV-01 INVESTIGACIÓN SPB-01 SALUD PÚBLICA.
Adquisición de Bienes y Servicios	7.4	GDG-01 GESTIÓN DEL GASTO GTI- Proceso gestión de tecnología clínica e infraestructura GTE- Proceso gestión de tecnologías de información
		GTH-P02 PROCEDIMIENTO PARA SELECCIÓN DEL TALENTO HUMANO
Verificación de los productos y servicios comprados	7.4.3	GDG-01 GESTIÓN DEL GASTO
Nivel de satisfacción del Cliente	9.1.2	GSÍ-P02-D-01 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA IDENTIFICAR Y EVALUAR LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES transversal para los subsistemas.
Auditoría Interna	9.2.	GSÍ-P10-D-01 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA REALIZAR AUDITORIA INTERNA EN EL INC Transversal para los subsistemas.
Seguimiento y medición	9 9.1	GSÍ-P01-D-04 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA PROGRAMAR, REALIZAR SEGUIMIENTO, EVALUAR Y PUBLICAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL
Control del servicio no conforme	8.7 8.7.1 8.7.2	GSÍ-P02-D-02 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD PARA IDENTIFICAR Y GESTIONAR EL PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME
Análisis de datos	8.5	GSÍ-P09 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P02-M-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DE CALIDAD	VIGENCIA:	16-01-2020
Página 30 de 30			

Tema	Apartado	Proceso o Procedimiento para Institucional relacionado
Mejora continua	10.	GSI-P11 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA MEJORA
Acciones correctivas y preventivas	10.2	GSI-P11 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA MEJORA
Revisión por la Dirección	9.3 9.3.2 9.3.3	GSI-P02-D-04 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Cada uno de los procesos y Procedimiento para relacionados en la tabla anterior se encuentra disponible en la versión vigente del SIAPINC.

4 CONTROL DE CAMBIOS

Los cambios que se hagan al Manual de Calidad se registran al igual que los otros documentos del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, en la aplicación SIAPINC en el control de versiones de cada documento

El presente manual se aprueba mediante resolución según lo descrito por el [GSI-P03-M-01 MANUAL PARA EL LEVANTAMIENTO DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES](#). Anexo 3 Resolución

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OYM
1	16-01-2020	Versión inicial del documento	Paula Andrea Salamanca Medina

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

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Asesora de Calidad	Cargo:	Asesora de Calidad
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Asesoría de Calidad	Dependencia:	Asesoría de Calidad
Fecha:	14-01-2020	Fecha:	16-01-2020	Fecha:	16-01-2020