

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 1 de 33			

MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

**ELABORADO POR:
PROFESIONALES UNIVERSITARIOS**

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 2 de 33			

TABLA DE CONTENIDO

1.	JUSTIFICACIÓN	5
2.	OBJETIVO GENERAL	5
3.	ALCANCE.....	5
4.	DISPOSICIONES LEGALES (NORMATIVIDAD).....	5
5.	DEFINICIONES TÉCNICAS	6
6.	GESTIÓN DOCUMENTAL	10
6.1.	ORGANIGRAMA Y ESTRUCTURA FUNCIONAL	10
6.2.	MAPA DE PROCESOS.....	10
7.	ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS.....	11
8.	CONTROL DE LOS DOCUMENTOS.....	11
8.1.	CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.....	11
8.2.	ESTRUCTURA DE LAS PLANTILLAS DOCUMENTALES.....	13
8.3.	RESPONSABLES DE APROBACIÓN DE CAMBIOS EN LOS DOCUMENTOS	18
9.	METODOLOGÍA PARA EL LEVANTAMIENTO DE RUTA, PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE.....	18
9.1.	LEVANTAMIENTO DOCUMENTAL	18
9.1.1.	RUTA	18
9.1.2.	PROCESO (caracterización)	19
9.1.3.	PROCEDIMIENTO	19
9.1.4.	DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato).....	20
9.1.5.	INCLUIR O EXCLUIR DOCUMENTO EXTERNO, NORMATIVIDAD O DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO	20
10.	METODOLOGÍA PARA LA MODIFICACIÓN DE RUTA, PROCESOS (CARACTERIZACIÓN), PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	20
10.1.	RUTA y CARACTERIZACIÓN.....	20
10.2.	PROCEDIMIENTO	21
10.3.	DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato)	21

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 3 de 33			

11. METODOLOGÍA PARA ANULAR RUTA, PROCESOS (CARACTERIZACIÓN), PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

ESE	22
11.1. RUTA	22
11.2. PROCESO (CARACTERIZACIÓN)	22
11.3. PROCEDIMIENTO	22
11.4. DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato)	23
12. INDICADORES DE GESTIÓN	23
12.1. TIPO DE INDICADORES	23
12.1.1. Indicadores de eficiencia (buen uso de recursos)	24
12.1.2. Indicadores de eficacia (resultados)	24
12.1.3. Indicadores de efectividad (impacto)	24
12.2. ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES DEL INC	25
12.2.1. Indicadores estratégicos	25
12.2.2. Indicadores operativos o de gestión	25
12.3. CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	25
12.3.1. Objetivo del proceso o procedimiento	25
12.3.2. Elaborar la ficha técnica del Indicador	25
12.3.3. Definir información general del indicador	26
12.3.4. Definir responsables de la medición	26
12.3.5. Establecer tipo de umbral:	26
12.3.6. Definir frecuencia de cargue y análisis del indicador	27
12.3.7. Definir la formula del cálculo	27
12.3.8. Establecer la información complementaria	30
12.3.9. Revisar y aprobar indicador	30
12.3.10. Registrar datos y análisis en el sistema	31
12.3.11. Mejora del indicador	31
12.3.12. Evaluar y analizar los resultados	32
12.3.13. Presentar y publicar resultados de los indicadores	32
13. BIBLIOGRAFÍA	33

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 4 de 33			

PRESENTACIÓN

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas considera que el manual de procesos, procedimientos y cambios documentales es una herramienta de apoyo para el Sistema de Gestión de Calidad Institucional, que garantiza la organización y el desarrollo eficiente de la gestión.

Es de anotar que la conformación del manual de procesos, procedimientos y cambios documentales permite la racionalización, simplificación y la participación de las diferentes subdirecciones, oficinas asesoras, grupos áreas y grupos.

Este manual permite que se pueda documentar el paso a paso de la realización de los cambios solicitados a los procesos y procedimientos; teniendo en cuenta las decisiones directivas, técnicas, administrativas, reformas legislativas, entre otros. Todo cambio documental permitirá mantener actualizada y vigente la información.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 5 de 33			

1. JUSTIFICACIÓN

El manual es una herramienta que permite a la Institución integrar una serie de acciones encaminadas a agilizar el trabajo y mejorar la calidad del servicio, comprometiéndose con la búsqueda de alternativas que cumplan con las expectativas del cliente interno y externo, como también de soporte documental del sistema de gestión calidad y mejora continua.

2. OBJETIVO GENERAL

Definir la metodología para documentar los procesos y procedimientos institucionales, estableciendo una herramienta de trabajo para el levantamiento, elaboración, implementación, actualización, modificación, socialización, seguimiento y evaluación de estos, aplicando el ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) en cada una de sus fases.

3. ALCANCE

El manual abarca la metodología institucional para el levantamiento, elaboración, implementación, actualización, modificación, socialización, seguimiento y evaluación de procesos y procedimientos.

4. DISPOSICIONES LEGALES (NORMATIVIDAD)

Ley 872 de 2003: Por la cual se crea el Sistema de Gestión en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en Salud del sistema general de seguridad en salud Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y cuenta con cuatro componentes: Habilitación, auditoría para el mejoramiento en calidad en salud, sistema de información para la calidad y sistema único de acreditación.

Decreto 1083 de 2015: El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

ISO 9001 2015: Regla que estandariza el sistema de control de calidad de las organizaciones. **ISO** (Organización Internacional de Estandarización) es una entidad que reúne a representantes de diversos países para desarrollar normas de estandarización en diferentes áreas de actuación.

Resolución 5095 de 2018: por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 6 de 33			

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripciones de prestadores y habilitación de los Servicios de Salud.

5. DEFINICIONES TÉCNICAS

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, riesgos, cargos involucrados y normatividad.

Ciclo de aprobación: es el que detalla el control del documento desde la realización del cambio, la revisión y aprobación por el líder del proceso o procedimiento y en el cual se identifican estas etapas, así como la fecha en la que el documento adquiere su carácter oficial.

Código: identificación numérica o alfanumérica que se asigna a un documento para diferenciarlo entre un proceso y otro de la organización, dándole un carácter único.

Control de versiones: permite llevar la trazabilidad y el registro de la gestión de cambios realizados en los manuales, formatos, procedimientos, programas, descripciones de actividades, protocolos de procedimiento en salud, planes, instructivos, caracterizaciones, entre otros, este puede ser sistemático o manual y debe ser de carácter obligatorio.

Descripción de la actividad: es el conjunto de actividades de trabajo que tienen una secuencia lógica y que requieren ser detalladas minuciosamente y hacen parte de un proceso o procedimiento, son desarrolladas por más de dos individuos. Generalmente corresponden al desarrollo del objetivo que constituye el procedimiento.

Se relacionan todas las actividades que se ejecutan en las subdirecciones, oficinas asesoras, grupos áreas, grupos o servidores públicos, contratistas, aliados estratégicos y servicios tercerizados que participan en el desarrollo del procedimiento.

Documento confidencial: es un documento que por la naturaleza de su información se cataloga como confidencial y su contenido es restringido, debe permanecer en custodia del Coordinador del Grupo Área, Grupo o de quien esté a cargo de esta responsabilidad de la cual quedará constancia mediante oficio interno. Este documento debe estar codificado bajo el Sistema de Gestión como Manual y su contenido se limita a lo solicitado por el custodio junto con la leyenda “Este documento se considera CONFIDENCIAL”.

Documento externo: Aquellos documentos que son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos, pero pertenecen a los aliados estratégicos, proveedores, entes de control entre otros y pueden ser:

- Formato externo
- Guía externa
- Instructivo externo
- Manual externo

Documento Usuario: es un documento que contiene las instrucciones de uso, manejo, advertencias, precauciones, cuidados y su población objetivo se distingue entre grupos de interés internos y externos:

Los internos incluyen directivos y trabajadores (funcionarios, contratistas, colaboradores y aliados estratégicos).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 7 de 33			

Los externos a los clientes, proveedores, entidades financieras, sindicatos, comunidad local, organizaciones sociales, etc.

Documento controlado no codificado: Aquellos documentos que son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos, pero no son codificados y son necesarios u obligatorios para la ejecución de los procesos tales como:

Documentos de aliados estratégicos, Plantillas de Resoluciones, Caracterización, ruta, procedimiento, descripción de la actividad, instructivo, manual, guía, plan, programa, protocolo de procedimiento en salud, formato, documento usuario, plantilla presentaciones INC, marcación A-Z.

Documento Obsoleto: Son los documentos que perdieron vigencia al cambiar de revisión o darse de baja estos documentos deben ser recogidos y destruirse de forma inmediata con el fin de evitar su uso o reproducción.

Documentos No Controlados: las versiones impresas de caracterización, ruta, procedimiento, descripción de la actividad, instructivo, manual, guía, plan, programa, protocolo de procedimiento en salud son documentos no controlados y se identificarán mediante una imagen al final del documento la cual dice:

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

Formato: forma estándar para describir datos e información, que al momento de ser diligenciado se convierte en registro. El formato diligenciado se denomina registro y no es válido cuando presenta: tachones, enmendaduras o registros a lápiz, cuya responsabilidad del correcto diligenciamiento está a cargo de quien lo diligencia.

Flujograma: Es una muestra visual de una línea de pasos de acciones que implican un proceso determinado.

Guía: Documento que orienta o dirige o encamina hacia un objetivo y establece pasos y recomendaciones para desarrollar una o más actividades. Se utiliza cuando se requiera unificar criterios y enfoque de aplicación; su contenido es sistemático.

Guía de práctica clínica: Las Guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Una guía de práctica clínica debe contar con las siguientes partes:

- Constitución del grupo desarrollador de la GPC
- Priorización
- Selección del foco
- Definición de alcance
- Objetivos de la GPC
- Formulación de las preguntas y los desenlaces
- Revisión sistemática de la literatura
- Formulación de las recomendaciones
- Definición de la implementación
- Socialización de la GPC

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 8 de 33			

Instructivo: es la secuencia de pasos que requieren ser detalladas minuciosamente, y que hacen parte de una actividad que puede ser manual, automática u operativa que es ejecutada por un solo individuo, en su desarrollo pueden incluir dibujos, graficas, diagramas y tablas según se requiera.

Indicador: Medición sistemática y continua en el tiempo, de los resultados obtenidos y la comparación de dichos resultados con aquellos deseados o planeados, con miras a mejorar los estándares de desempeño de la institución.

Constituyen instrumentos de Control de orden gerencial, necesarios a la evaluación de la gestión de toda entidad y deben ser:

- **Fiabiles y validos:** deben provenir de fuentes confiables que den cuenta de la realidad
- **Ser comprensibles:** Claros, sencillos y fáciles de interpretar.
- **Ser medibles:** Que puedan cuantificarse.
- **Ser controlables:** Tener capacidad de influir en ellos.
- **Ser adecuados:** Número de indicadores necesarios.
- **Ser oportunos:** Disponibles cuando se necesiten.

Lista de distribución: es el mecanismo de difusión y socialización de los cambios documentales realizados, mediante correo electrónico con el objetivo de notificar la publicación del documento, las listas de distribución son actualizadas de acuerdo con la información enviada por los profesionales de Organización y Métodos al Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia.

Manual: es un documento que contiene información general de uno o varios temas, de forma ordenada, sistemática e integral que está compuesto por instrucciones, responsabilidades, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas operaciones o actividades.

Mapa de procesos: es un diagrama de valor que representa de forma gráfica la interrelación de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la organización.

Mapa de procesos vs organigrama: es la representación de los procesos con la estructura de los grupos internos de trabajo

Normograma: es una herramienta que permite a las entidades públicas y privadas delimitar las normas que regulan sus actuaciones en desarrollo de su objeto. Contiene normas externas como leyes, decretos, acuerdos, circulares, sentencias que afectan la gestión de la entidad y normas internas como reglamentos, estatutos, resoluciones y, en general, todos los actos administrativos de interés para la entidad.

Notas: se pueden usar para ampliar explicaciones, dar ejemplos, restringir usos o aplicaciones. Éstas deben utilizarse inmediatamente después del párrafo al cual hacen alusión, precedidas de la palabra "Nota". Cuando exista varias notas se enumeran consecutivamente.

Organigrama: es un esquema gráfico que representa la estructura interna de la organización, reflejando las relaciones jerárquicas establecidas con los lineamientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo que respecta a la operatividad de las Instituciones de Salud. Adicional se detallan los niveles de jerarquía de acuerdo con el Manual de Funciones y los Grupos Internos de Trabajo.

Pirámide documental: La pirámide documental representa la estructura jerárquica existente entre los documentos de la organización, favorece a que exista una consistencia en los procesos, da mayor claridad y visibilidad al Sistema de Gestión de Calidad.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 9 de 33			

Proceso: es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos, coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado realizando una secuencia de tareas de forma ordenada, para alcanzar un objetivo o un fin concreto, buscando producir un resultado en un tiempo determinado, para un cliente interno o externo.

Procesos Estratégicos: son procesos que determinan las acciones a seguir a corto, mediano y largo plazo, así como los mecanismos a través de los cuales se realizan ajustes a los planes o se redirige la visión institucional. Son responsabilidad de la dirección y se ejecutan bajo sus disposiciones. Incluyen procesos y procedimientos relativos al establecimiento de políticas, planes y estrategias, fijación de objetivos, comunicación institucional, aseguramiento de la disponibilidad de recursos, revisión por la dirección, aseguramiento de la calidad, gestión de la información y del riesgo.

Procesos Misionales: incluyen todos los procesos que dan como resultado del cumplimiento de la misión y los objetivos proporcionando lo previsto por la entidad en el desempeño de su objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: son aquellos que tienen como objeto prestar soporte a los procesos misionales. Por ejemplo: proporcionar el personal, reducir los riesgos de trabajo, preservar la calidad de los materiales y equipos, mantener las condiciones de operatividad y funcionamiento, coordinar y controlar la eficacia del desempeño administrativo y optimizar los recursos.

Procedimiento: es la forma específica y secuencial en el que se desarrolla cada actividad de un proceso y contiene los siguientes ítems:

- ¿Para qué lo hace? (objetivo y alcance)
- ¿Qué se hace? (actividad)
- ¿Quién lo hace? (responsable)
- ¿Cómo lo hace? (descripción de la actividad)
- ¿Dónde se hace? (descripción de la actividad)
- ¿Cuándo lo hace? (tiempo)
- Productos (punto de control y salidas)

Punto de control: es aquella acción específica o tarea que tiene como finalidad revisar, verificar o validar una actividad crítica a fin de evitar que esta se salga de control y por ende se incumpla, afectando de dicha manera de manera sustancial el cumplimiento del objetivo de un proceso o procedimiento.

Política: busca definir las líneas de acción básica de una sociedad o una organización determinada que persiga los objetivos que se propone con impactos a mediano o largo plazo y que se vean reflejados en resultados medibles, evaluables y controlables

Plan: son las decisiones generales que expresan lineamientos fundamentales y las prioridades que se derivan de esos lineamientos, que contemplan las estrategias de acción, programas, los responsables y los medios que serán utilizados para alcanzar las metas y objetivos propuestos en un tiempo definido.

Plantilla: permite guiar al usuario en la creación de diversos documentos en Excel o Word y sirve como base para determinar los diseños de manuales, formatos, procedimientos, programas, descripciones de actividades, protocolos de procedimiento en salud, planes, instructivos, caracterizaciones, que se trabajaran unificadamente de forma automatizada.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 10 de 33			

Programa: Conjunto coherente de acciones destinadas a transformar una situación identificada en un contexto específico. Un programa ayuda a construir un plan desde el punto de vista de las actividades operativas que deben ser desarrolladas continuamente.

Proyecto: Conjunto de actividades que desarrolla una persona o una entidad para alcanzar un determinado objetivo. Estas actividades se encuentran interrelacionadas y se desarrollan de manera coordinada, en un periodo temporal definido con anterioridad y con un presupuesto definido.

Protocolo de Procedimiento en Salud (PPS): instrumento de trabajo que contiene actividades y una descripción detallada secuencial de los pasos y tareas necesarias para llevar a cabo adecuadamente un procedimiento aplicado al paciente para el manejo de una condición específica de salud y se usan especialmente en áreas críticas donde se requiere un apego total a los mismos. Su carácter es normativo y su ejecución debe ser obligatoria.

Ruta del proceso: es una herramienta de gestión que consiste en representar gráficamente las actividades principales necesarias para el cumplimiento del objetivo de los procesos que se llevan a cabo en la organización de modo que todos ellos aparezcan como partes de un todo, de forma articulada y ordenada detallando los indicadores, documentos, riesgos, principios y procedimientos.

SIAPINC: Sistema de Información de Apoyo a los Procesos del Instituto Nacional de Cancerología.

Variable: Deben cumplir con la disponibilidad de la información, los indicadores deben ser contruidos a partir de variables sobre las cuales exista información estadística de tal manera que puedan ser consultados cuando sea necesario, estas unidades de análisis pueden modificarse o variar en el tiempo y en el espacio.

Versión: es el número de veces que ha sido modificado el documento.

Vigencia: es la fecha de publicación del documento aprobado por parte del líder del proceso o procedimiento y el cual se considera controlado e implementado.

6. GESTIÓN DOCUMENTAL

6.1. ORGANIGRAMA Y ESTRUCTURA FUNCIONAL

1. El Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano emite la resolución de creación o modificación de los grupos internos de trabajo.
2. La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas elabora la propuesta del organigrama y estructura funcional de acuerdo con los grupos internos de trabajo, se integra con el mapa de procesos y se presenta en comité directivo para aprobación.
3. Comité directivo aprueba la estructura funcional.
4. Publicar en la página web del instituto y emitir comunicado informando el cambio

6.2. MAPA DE PROCESOS

El mapa de procesos del instituto nacional de cancerología es la ruta clave para el desempeño y la gestión institucional el cual se construye teniendo en cuenta la ruta de atención del paciente, la investigación, la docencia y la gestión administrativa.

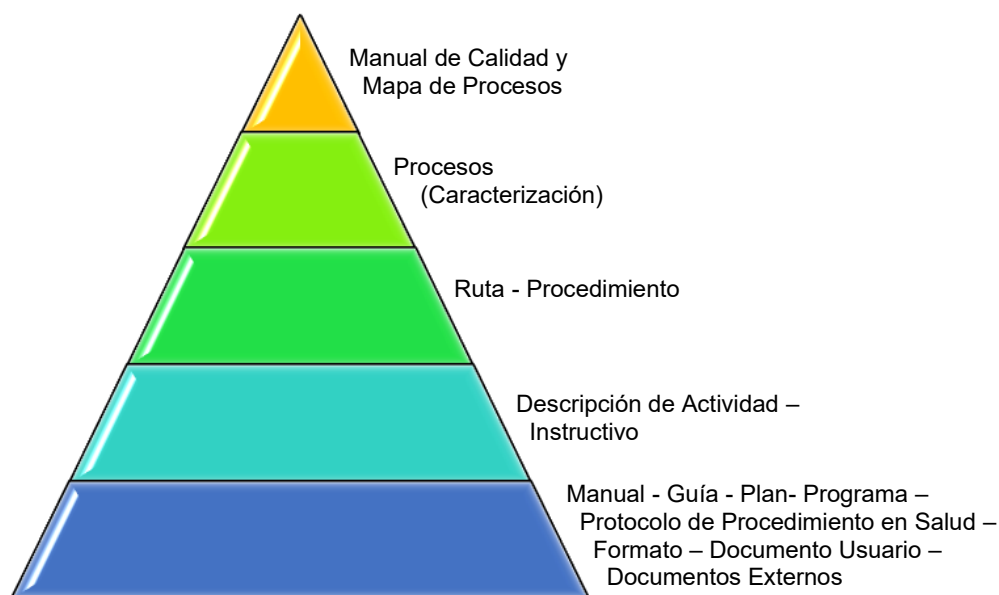
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
		Página 11 de 33	

Para su construcción se tiene en cuenta:

1. Ruta del paciente, manual de calidad, resolución de grupos internos de trabajo, manual de funciones, normatividad y normas técnicas.
2. La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas elabora la propuesta del mapa de procesos y se presenta en comité directivo para aprobación.
3. Comité directivo aprueba el nuevo mapa de procesos.
4. Publicar en la página web del instituto y emitir comunicado informando el cambio.

7. ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS

La estructura documental del Instituto Nacional de Cancerología se encuentra fundamentada bajo la norma ISO 9001:2015, a continuación, se puede observar en la siguiente pirámide:



Nota: En el Instituto Nacional de Cancerología ESE, se realiza revisión general de la malla documental cada 4 años teniendo en cuenta la versión de los documentos, generando nueva versión y vigencia, sin embargo, se realizará creación, modificación o anulación en cualquier momento de acuerdo con la monitorización de los controles a los riesgos y sus resultados, las necesidades de los servicios, quejas, peticiones, reclamos, sugerencias u observaciones derivadas por los espacios de participación realizadas por el usuario interno y externo.

8. CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

8.1. CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos adoptados en el Sistema de Gestión de Desempeño Institucional se codifican y deben ir separados por guion de la siguiente manera:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 12 de 33			

- Identifique la sigla del tipo de proceso:

PROCESO	SIGLA
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	GSI
Diagnóstico y estatificación	DYE
Unidades funcionales de tratamiento	UFT
Gestión apoyo clínico	GAC
Docencia	DOC
Investigación	INV
Salud pública	SPB
Gestión y desarrollo del talento humano	GTH
Gestión de tecnología clínica e infraestructura	GTC
Gestión de archivo documental	GAD
Gestión del gasto	GDG
Gestión contable	GCO
Gestión comercial	GCM
Gestión de tecnologías de información	GTI

- Identifique la sigla del tipo de documento.

TIPO DE DOCUMENTO	SIGLA
Proceso (Caracterización)	Sigla del proceso
Ruta	R
Procedimiento	P
Descripción actividades	D
Instructivo	I
Manual	M
Guía	G
Plan	PL
Programa	PR
Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud	PPS
Formato	F
Documento usuario	DU

- Asigne consecutivo según Listado Maestro de Documentos.

DOCUMENTO	CODIFICACIÓN
Caracterización proceso	GSI
Ruta	GSI-R

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 13 de 33			

DOCUMENTO	CODIFICACIÓN
Procedimiento	GSI-P01
Descripción actividades	GSI-P01-D-01
Instructivo	GSI-P01-I-01
Manual	GSI-P01-M-01
Guía	GSI-P01-G-01
Plan	GSI-P01-PL-01
Programa	GSI-P01-PR-01
Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud	PPS-01
Formato	GSI-P01-F-01
Documento usuario	GSI-P01-DU-01

Nota: la tabla anterior muestra cómo deben quedar codificados los documentos:

Los documentos Guía de Práctica Clínica, y Protocolos de Manejo Clínico; no se identifica por tipo de proceso ni nombre del proceso, y su custodia pertenece a la oficina de guías y protocolos.

8.2. ESTRUCTURA DE LAS PLANTILLAS DOCUMENTALES

El Instituto ha establecido y estandarizado las plantillas con las cuales se documentan los procesos y procedimientos y demás tipos documentales, las cuales se componen por el encabezado, contenido del documento, indicadores (cuando aplica), control de versiones y ciclo de aprobación; los contenidos de los documentos para plantilla en Excel y Word debe estar con fuente Arial tamaño 10.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
		Página 14 de 33	

Documento	Introducción	Normatividad	Objetivo	Metas	Alcance	Definiciones	Desarrollo	Bibliografía	Otros
Caracterización proceso			X		X				- Proveedores - Entradas - Etapas del proceso - Responsable - Salidas - Clientes - Relación de grupos - Recursos humanos - Recursos físicos - Procedimientos - Documentos - Riesgos - Requisitos y normas de certificación - Indicadores
Ruta									- Documentos - Indicadores - Riesgos
Procedimiento			X		X				- Responsable - Que (Actividad) - Quien (Responsable) - Como (Descripción de la Actividad) - Puntos de control - Indicadores
Descripción actividades	X								- Actividades - Ejecutor - Descripción de la tarea

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
		Página 15 de 33	

Documento	Introducción	Normatividad	Objetivo	Metas	Alcance	Definiciones	Desarrollo	Bibliografía	Otros
Instructivo	X						X		
Manual	X	X	X		X	X	X	X	
Guía	X	X	X		X	X	X		- Descripción conceptual - Recomendaciones
Plan	X		X	X				X	- Análisis de la situación actual - Indicadores - Cronograma - Recursos - Evaluación de resultados
Programa	X	X	X				X	X	- Análisis de la situación actual - Indicadores - Cronograma - Recursos - Evaluación de resultados - Comunicación
Protocolo de Procedimiento en Salud			X			X		X	- Población objeto - Responsables - Ejecutores del procedimiento - Recursos utilizados (materiales o insumos/ equipos fijos o elementos) - Descripción de condiciones para trabajo seguro - Descripción de efectos ambientales - Disposiciones generales para desarrollar el procedimiento

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
		Página 16 de 33	

Documento	Introducción	Normatividad	Objetivo	Metas	Alcance	Definiciones	Desarrollo	Bibliografía	Otros
									- Descripción del procedimiento - Riesgos/recomendaciones
Formato									- Estructura del formato
Política			X				X		- Nombre de la política - Alineación con el plan de desarrollo institucional (PDI) - Justificación - Declaración de la política - Anexos - Control de actualización de la política

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
		Página 17 de 33	

El Control de versiones permite ver la trazabilidad de los cambios realizados a cada uno de los documentos de la gestión de los procesos y procedimientos en cada una de sus versiones y se encontrará en la última página del documento actualizado.

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OYM
1	14-02-2019	Versión inicial del documento	Paula Andrea Salamanca Medina
2	10-06-2020	Realizar la actualización del manual y si incluye la vigencia de 4 años de los documentos, creación del organigrama y mapa de procesos.	Paula Andrea Salamanca Medina
3	28-11-2020	Se incluye la codificación de la ruta de procesos, se actualizan las definiciones y se incluye que se realizará creación, modificación o anulación en cualquier momento de acuerdo con la monitorización de los controles a los riesgos y sus resultados, las necesidades de los servicios, quejas, peticiones, reclamos, sugerencias u observaciones derivadas por los espacios de participación realizadas por el usuario interno y externo	Paula Andrea Salamanca Medina
4	21-01-2021	Se adiciona por requerimiento del INVIMA en el numeral 5. DEFINICIONES TÉCNICAS: Documento confidencial.	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar

El Ciclo de Aprobación indica el cargo, la dependencia y la fecha de quién elaboró, revisó y aprobó la presente versión del documento en cuanto al contenido para los casos de: Caracterización, Ruta, Procedimiento, Descripción de actividad, Instructivo, Manual, Guía, Plan, Programa, Protocolo de Procedimiento en Salud; y para el caso de Formatos la revisión y aprobación corresponde únicamente a la estructura del documento más no a los registros que se realicen en él. Este último cuadro no puede ser modificado pues hace parte de la estructura documental y en caso de ser alterado se pierde la autenticidad.

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:		Cargo:		Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:		Dependencia:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

A continuación, se relaciona los documentos que deben incluir las tablas de control de versiones y ciclo de aprobación:

DOCUMENTO	CONTROL DE VERSIONES	CICLO DE APROBACIÓN
Caracterización proceso	X	X
Ruta	X	X
Procedimiento	X	X
Descripción actividades	X	X
Instructivo	X	X
Manual	X	X
Guía	X	X
Plan	X	X
Programa	X	X
Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud	X	X
Formato	X	X

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 18 de 33			

DOCUMENTO	CONTROL DE VERSIONES	CICLO DE APROBACIÓN
Documentos externos	N/A	N/A
Controlados no codificados	N/A	N/A
Documento usuario	N/A	N/A

Nota: Los controles y los cambios de los documentos se visualizan en los listados maestros generados por el Sistema SIAPINC

8.3. RESPONSABLES DE APROBACIÓN DE CAMBIOS EN LOS DOCUMENTOS

DOCUMENTO	RESPONSABLE
Caracterización proceso	Líder de proceso
Ruta	Líder de proceso
Procedimiento	Líder de procedimiento
Descripción actividades	Líder de procedimiento
Instructivo	Líder de procedimiento
Manual	Líder de procedimiento
Guía	Líder de procedimiento
Plan	Líder de procedimiento
Programa	Líder de procedimiento
Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud	Líder de procedimiento
Formato	Líder de procedimiento
Documentos externos	Líder de procedimiento
Controlados no codificados	Líder de procedimiento
Documento usuario	Líder de procedimiento

9. METODOLOGÍA PARA EL LEVANTAMIENTO DE RUTA, PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

9.1. LEVANTAMIENTO DOCUMENTAL

9.1.1. RUTA

Para todo levantamiento de ruta debe seguir los siguientes pasos:

1. El líder del proceso solicita al profesional de Organización y Métodos el acompañamiento para la creación y levantamiento de la Ruta.
2. El profesional de Organización y Métodos programa reunión para desarrollar plan de trabajo para el levantamiento de la ruta con el líder del proceso y los líderes de los procedimientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 19 de 33			

3. El líder del proceso y los líderes de los procedimientos junto con el profesional de Organización y Métodos se reúnen y describen cuales son las actividades macros, indicadores, documentos y riesgos que conforman la ruta para ser representadas de manera secuencial en el flujograma el cual debe responder al ciclo PHVA.

4. El profesional de Organización y Métodos relaciona los documentos, indicadores y riesgos que pertenecen a cada una de las actividades descritas en la ruta mediante hipervinculación presenta en reunión la ruta al líder del proceso y los líderes de los procedimientos, para su respectiva revisión y aprobación, generando acta.

- En caso de requerir modificaciones se realizarán y se presentarán nuevamente para su aprobación generando acta.

5. El líder del proceso envía solicitud de creación por el aplicativo SIAPINC adjuntando acta de creación siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

6. El Profesional de Organización y Métodos realiza la creación, publicación y socialización mediante la lista de distribución de la ruta en SIAPINC según documento controlado no codificado Guía de Usuario SIAPINC CUATRO

Nota: El líder de proceso o quien asigne realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización

9.1.2. PROCESO (caracterización)

Para el levantamiento de un proceso se deberán seguir los siguientes pasos:

1. El Director General en conjunto con el Comité Directivo, definen la necesidad de crear uno o varios procesos (estratégicos, misionales, apoyo), asignando un líder de proceso y generando acto resolutivo, acta a través del aplicativo SIAPINC o acta institucional.

2. El líder del proceso con el acompañamiento del profesional de Organización y Métodos realizan las mesas de trabajo para la documentación de la caracterización en la plantilla de caracterización del proceso la cual se aprueba mediante acta institucional de la siguiente manera:

3. El líder de proceso envía solicitud de creación por el aplicativo SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de creación del proceso siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

Nota: El líder de proceso realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

9.1.3. PROCEDIMIENTO

Para la creación de un procedimiento se debe tener en cuenta los siguientes pasos:

1. El líder del proceso, el líder del procedimiento y los posibles actores de los procedimientos presentaran la propuesta a la subdirección correspondiente o Director General quien aprobara la creación de uno o varios procedimientos teniendo en cuenta el mapa de procesos y la necesidad, dejando constancia de aprobación en acta institucional.

2. El profesional de Organización y Métodos una vez reciba acta de aprobación, realiza un plan de trabajo con el líder de procedimiento con quien se llevó a cabo el levantamiento de este, de acuerdo con la plantilla

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 20 de 33			

estandarizada en SIAPINC.

3. El líder del procedimiento envía solicitud de creación por el aplicativo SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de creación del procedimiento siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

4. El Profesional de Organización y Métodos realiza la creación, publicación y socialización mediante las listas de distribución de la creación del procedimiento en SIAPINC siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4.**

Nota: El líder de procedimiento realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

9.1.4. DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato)

1. El Profesional de Organización y Métodos realiza un plan de trabajo con el líder del proceso o líder del procedimiento con quien se lleva a cabo la creación.

2. El líder del procedimiento envía solicitud de creación (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual - Guía - Protocolo de Procedimiento en Salud – Formato) por el aplicativo SIAPINC siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4.**

3. El Profesional de Organización y Métodos realiza la creación, publicación y socialización mediante las listas de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4** y diligencia la plantilla correspondiente

Nota: El líder de procedimiento realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización

9.1.5. INCLUIR O EXCLUIR DOCUMENTO EXTERNO, NORMATIVIDAD O DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO

1. El líder del proceso o líder del procedimiento ingresa al aplicativo SIAPINC y realiza la solicitud siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4.**

2. El Profesional de Organización y Métodos valida y verifica la solicitud realizada y procede a publicar directamente el documento siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

10. METODOLOGÍA PARA LA MODIFICACIÓN DE RUTA, PROCESOS (CARACTERIZACIÓN), PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

10.1. RUTA y CARACTERIZACIÓN

Para modificar la ruta existente se deben seguir los siguientes pasos:

1. El líder del proceso solicita al profesional de Organización y Métodos el acompañamiento para la modificación de la Ruta.

2. Se organiza el cronograma de trabajo para realizar las respectivas modificaciones

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 21 de 33			

3. Se Realizan las mesas de trabajo y se hacen las modificaciones a la ruta dejando constancia de aprobación en acta institucional.

4. El líder del proceso envía solicitud de registro de la modificación formal en el SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de modificación de la ruta siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral**

5. El Profesional de Organización y Métodos realiza las modificaciones, correspondientes en SIAPINC siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

Nota: El líder de proceso o quien asigne realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

10.2. PROCEDIMIENTO

1. El profesional de Organización y Métodos realiza un plan de trabajo con el líder de procedimiento con quien se llevará a cabo la actualización de este de acuerdo con las plantillas estandarizadas en-SIAPINC

2. El líder del procedimiento envía solicitud de modificación que se encuentra en el aplicativo -SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de modificación del procedimiento la cual debe estar firmada por el líder del proceso siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

3. El Profesional de Organización y Métodos realiza la modificación, publicación y socialización mediante las listas de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

Nota: El líder de procedimiento realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización

En caso de que se requiera cambiar el procedimiento a otro proceso este debe ser avalado por los líderes de procesos que intervienen y dejando constancia en acta institucional.

10.3. DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato)

1. El Profesional de Organización y Métodos realiza un plan de trabajo con el líder del proceso o líder del procedimiento o con quien se lleva a cabo la modificación documental.

2. El profesional de organización y métodos junto con la persona designada realiza los cambios requeridos y el líder del procedimiento envía solicitud por el aplicativo -SIAPINC siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

3. El Profesional de Organización y Métodos ingresa al aplicativo SIAPINC y realiza la modificación, publicación y socialización mediante las listas de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO, numeral 4**

Nota: El líder de procedimiento o quien asigne realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 22 de 33			

11. METODOLOGÍA PARA ANULAR RUTA, PROCESOS (CARACTERIZACIÓN), PROCEDIMIENTOS Y CAMBIOS DOCUMENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

11.1. RUTA

1. El líder del proceso realiza solicitud de anulación en el aplicativo -SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de anulación de la ruta siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO numeral 4**

2. El Profesional de Organización y Métodos ingresa al aplicativo SIAPINC y realiza la anulación, publicación y socialización mediante las listas de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO numeral 4**

Nota: El líder de proceso o quien asigne realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

11.2. PROCESO (CARACTERIZACIÓN)

1. El líder del proceso realiza la solicitud de anulación del proceso al Comité Directivo quien aprueba la anulación dejando constancia en acta de dicho comité.

2. El líder del proceso realiza la solicitud de anulación por SIAPINC y adjunta acta aprobada del Comité Directivo y envía correo electrónico adjuntando el acta aprobada del Comité Directivo a él (la) jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, sobre la anulación del proceso, quien a su vez comunicara al profesional de Organización y Métodos de la solicitud.

3. El Profesional de Organización y Métodos realiza un plan de trabajo con el líder del proceso con quien se lleva a cabo la o anulación.

4. El Profesional de Organización y Métodos ingresa al aplicativo SIAPINC y realiza la anulación siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO**, numeral 4

Nota: El líder de proceso o quien asigne realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

11.3. PROCEDIMIENTO

1. El líder del proceso aprueba la anulación del procedimiento existente e informan al líder de procedimiento para que realice la solicitud correspondiente y deja constancia de la aprobación en acta institucional

2. El líder del proceso realiza la solicitud de anulación por SIAPINC y adjunta acta aprobada del Comité Directivo y envía correo electrónico adjuntando el acta aprobada del Comité Directivo a él (la) jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, sobre la anulación del proceso, quien a su vez comunicara al profesional de Organización y Métodos de la solicitud.

3. El líder del procedimiento envía solicitud mediante correo electrónico adjuntando el acta de aprobación de la anulación firmada por el líder del proceso a (o) él (la) jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, quien a su vez envía mediante correo electrónico el acta de aprobación e informa al profesional de organización y métodos quien tendrá la responsabilidad de realizar la anulación.

4. El Profesional de Organización y Métodos, recibe a través de correo electrónico la notificación de la solicitud

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 23 de 33			

de anulación del procedimiento y realiza un plan de trabajo con el líder del procedimiento con quien se lleva a cabo la anulación.

5. El líder del procedimiento envía solicitud de anulación que se encuentra en el aplicativo -SIAPINC, adjuntando acta de aprobación de la anulación del procedimiento siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO**, numeral 4

6. El Profesional de Organización y Métodos ingresa al aplicativo SIAPINC y realiza la anulación y socialización mediante la lista de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO**, numeral 4

Nota: El líder de procedimiento realiza la socialización después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario y deja evidencia de la socialización.

11.4. DOCUMENTOS (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual – Guía – Plan – Programa - Protocolo de Procedimiento de Atención En Salud - Formato)

1. El Profesional de Organización y Métodos realiza un plan de trabajo con el líder del proceso o líder del procedimiento o con quien se lleva a cabo la o anulación documental.

2. El líder del procedimiento envía solicitud de anular un documento (Descripción de Actividad – Instructivo- Manual - Guía - Protocolo de Procedimiento en Salud – Formato) que se encuentra en el aplicativo -SIAPINC. siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO**, numeral 4

3. El Profesional de Organización y Métodos ingresa en el aplicativo SIAPINC y realiza la anulación y socialización mediante la lista de distribución siguiendo los pasos de la **Guía de Usuario SIAPINC CUATRO**, numeral 4

Nota: la socialización del procedimiento se debe realizar después de publicado, en un tiempo no superior a un mes calendario. El líder del procedimiento realizará la socialización mediante grupos de trabajo en horarios concertados con los grupos relacionados y deja evidencia de la socialización

12. INDICADORES DE GESTIÓN

La gestión de indicadores se realiza desde la parametrización y revisión de las fichas técnicas en cada uno de los procesos, teniendo en cuenta la alineación con la plataforma estratégica (misión, visión, principios (BOTOSS), ejes de acreditación, políticas de desarrollo misional, políticas de fortalecimiento institucional, tipo de proceso, proyectos y riesgos.

12.1. TIPO DE INDICADORES

De acuerdo con la estructura de los indicadores de gestión establecidos en el INC, se determinan los siguientes clases y tipos:

- Eficiencia (buen uso de recursos)
- Eficacia (resultados)
- Efectividad (impacto)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 24 de 33			

12.1.1. Indicadores de eficiencia (buen uso de recursos)

Los indicadores de eficiencia están relacionados con las respuestas que demos al interrogante de **cómo se hizo**, miden la forma de cómo se utilizaron los recursos durante el proceso de generación del producto o servicio.

Ejemplo:

- Nivel de sistematización y automatización de procesos
- Promedio de estudios realizados en los servicios
- Tiempo promedio de respuesta a una necesidad o solicitud
- Tiempo promedio de atención
- Costos
- Oportunidad de la prestación de un servicio

12.1.2. Indicadores de eficacia (resultados)

Expresan el logro de los objetivos, metas y resultados de un plan, programa, proyecto o política, aluden a la relación “**realizado / programado**”, teniendo en cuenta que los resultados alcanzados se hayan obtenido según los requerimientos de calidad establecidos y responde al interrogante de **qué se hizo**.

Ejemplo:

- Ejecución presupuestal
- Evaluación del desempeño
- Cumplimiento en los servicios
- Riesgos controlados
- Eventos adversos
- Número de productos procesados
- Uso de materiales, insumos, agua y energía
- Reducción de residuos y las emisiones

12.1.3. Indicadores de efectividad (impacto)

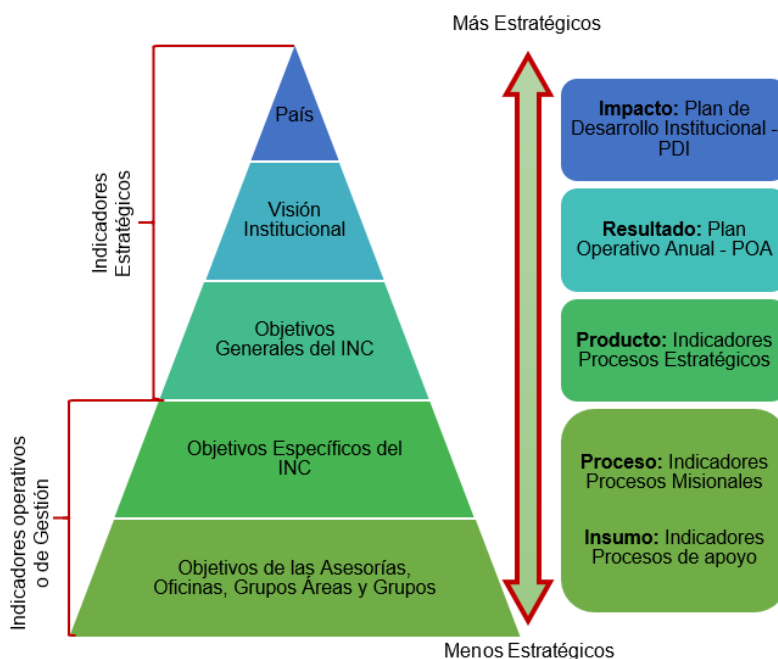
Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, es decir, el logro de los resultados programados en el tiempo con la optimización de los recursos asignados. Adicional están relacionados con las respuestas que demos al interrogante **para qué se hizo**.

Ejemplos:

- Nivel de satisfacción del usuario
- Rendimientos y rentabilidad
- Peticiones, quejas, reclamos
- Cobertura total del producto o servicio
- No conformidades
- Nuevos clientes
- Uso de equipos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 25 de 33			

12.2. ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES DEL INC



12.2.1. Indicadores estratégicos

Son los indicadores definidos a través del Plan de Desarrollo Institucional los cuales se gestionan por el plan operativo anual definidos por los grupos y aprobados por las Subdirección General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, Subdirección General de Atención Médica y Docencia y Subdirección General de Gestión Administrativa y Financiera y son identificados por la letra E.

12.2.2. Indicadores operativos o de gestión

Monitorean y miden de forma permanente todas las actividades de los procesos y procedimientos de acuerdo con la frecuencia definida y son pertinentes a la ejecución y control a través del módulo de indicadores de procesos.

12.3. CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR

12.3.1. Objetivo del proceso o procedimiento

Analizar si el indicador responde a los criterios establecidos, teniendo en cuenta que éste debe responder al objetivo del proceso o procedimiento de forma clara y precisa.

12.3.2. Elaborar la ficha técnica del Indicador

Para construir y aplicar un indicador el Instituto ha establecido de forma estandarizada la ficha técnica del indicador en el sistema de información SIAPINC, en donde se detallan las características de cada uno de ellos en la que se define el nombre, las metas propuestas, las variables, el tipo de indicador, la formula y la información complementaria.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 26 de 33			

12.3.3. Definir información general del indicador

Nombre: debe relacionarse claramente con el propósito a medir, este no debe comenzar con un verbo.

Para definir el nombre del indicador se debe tener en cuenta:

Objetivo + verbo conjugado
+ *elementos adicionales de contexto descriptivo*



Nota: En algunos casos solo comprenderá el objetivo y el verbo, no es necesario el contexto descriptivo o solo el verbo y contexto descriptivo, adicional no debe incluir elementos cuantitativos en el nombre, ya que estos hacen parte de la meta del indicador.

12.3.4. Definir responsables de la medición

Establecer las responsabilidades institucionales para el cumplimiento en el manejo de la información de la siguiente manera:

- **Responsable del cargue del dato:** puede ser el líder del proceso o procedimiento, el coordinador del Grupo Área o Grupo, el responsable de la generación de datos de los diferentes sistemas de información, o el asignado por el jefe inmediato.
- **Responsable del cargue del Análisis:** puede ser el mismo responsable de ingresar datos o el líder del proceso o procedimiento, el coordinador del Grupo Área o Grupo, esta persona debe estudiar el comportamiento del indicador y establecer la necesidad de tomar acciones para la gestión de la mejora.

12.3.5. Establecer tipo de umbral:

- **Indicadores por rangos de gestión o límites:** Establecer límites mínimo, estándar y máximo, sin tener en cuenta la característica acumulativa. También se les conoce como parámetros de semaforización.
- **Indicadores basados en la meta:** Son de característica de acumulativo y se debe establecer el Valor Meta al que se desea llegar, al igual que los respectivos valores planeados que se colocan por periodo para calcular cumplimiento/periodo y cumplimiento/planeado.

Los datos para establecer los rangos de gestión o meta se determinan de la siguiente forma:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 27 de 33			

- **Datos históricos:** cuando de un indicador se conocen los resultados del pasado, se puede realizar una proyección y determinar lo que se espera en el siguiente periodo.
- **Comparaciones o basados en la literatura:** en muchos casos no se conocen las tendencias de indicadores que se han definido, pero son indicadores que en otras instituciones o empresas de las cuales se tomó como referencia los resultados obtenidos. En este sentido, al observar en una institución se podrían tomar esos datos del mismo indicador que se está estudiando o crearlos con datos similares. Por ejemplo, El Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades constantemente arroja una serie de indicadores y a partir de esa información se puede determinar los rangos o metas.
- **Políticas institucionales o estatales:** los rangos o metas también pueden ser definidas en función del cumplimiento de políticas. Por ejemplo. Si se sabe que la Secretaría de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social cambian la medición de los indicadores normativos hace que esta información sirva de base para fijar los rangos o metas institucionales.
- **Construcción participativa:** consiste en reunirse en mesas de trabajo y por medio de lluvia de ideas u otra técnica llegar a un acuerdo de un rango o una meta para un indicador determinado. Esta forma de definición de rangos o metas es más factible utilizarla cuando no se tiene información de ningún tipo que sirva, o realizando estimaciones iniciales en caso de no tener datos para efectuar el promedio.

12.3.6. Definir frecuencia de cargue y análisis del indicador

Se refiere a la identificación del tiempo determinante para que el indicador produzca una alerta temprana con respecto a los rangos o metas establecidas. Existen diversidad de opciones (semanal, mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual) y la elección depende de la necesidad propia del proceso.

12.3.7. Definir la formula del cálculo

La fórmula debe expresar una descripción de los cálculos y datos necesarios para obtener un valor cuantitativo del indicador, de este modo se puede contemplar un indicador constituido por dos o más variables conectadas por operadores matemáticos (suma, resta, multiplicación o división) y multiplicado por un factor o constante dada en valores de 1, 100, 1000, 10.000 o más, o pueden estar constituidos por un valor absoluto el cual da como resultado el mismo indicado.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times \text{factor}$$

$$\text{Indicador} = |\text{Valor absoluto}|$$

Dependiendo de los tipos datos a medir se establecen la unidad de medida que puede ser porcentaje, proporción, promedio, razón, índice, tasa, moneda, meses, días, horas, minutos, veces, unidades.

- **Porcentaje o Proporción:** Es un tipo especial de razón en la cual los elementos del numerador están incluidos en el denominador. En el numerador se considera el número de individuos que verifican una condición determinada. Cuando el resultado de este cociente se multiplica por 100 resulta un porcentaje, que es la forma habitual de calcular esta fracción relativa.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 28 de 33			

Ejemplo de construcción de indicadores (porcentaje o proporción)



- **Razón:** Es el cociente entre dos números, en el que ninguno o sólo algunos elementos del numerador están incluidos en el denominador. Indica cuantas veces el numerador está contenido en el denominador y si se multiplica por un factor, se sabrá cuanto del numerador hay por cada factor en el denominador.

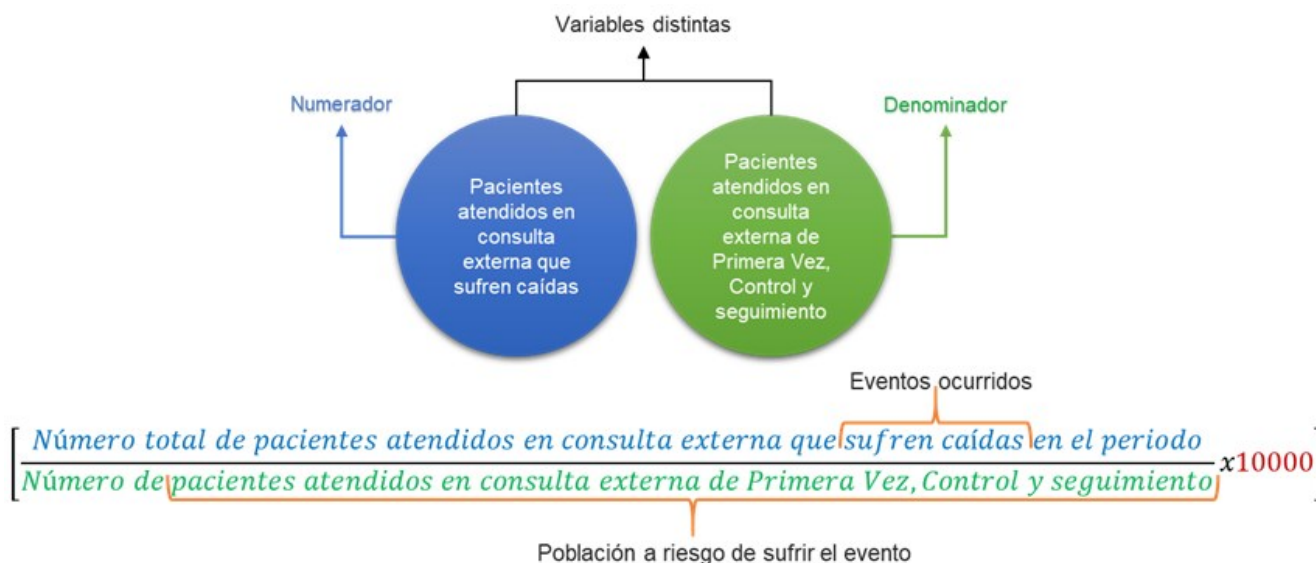
Ejemplo de construcción de indicadores (razón)



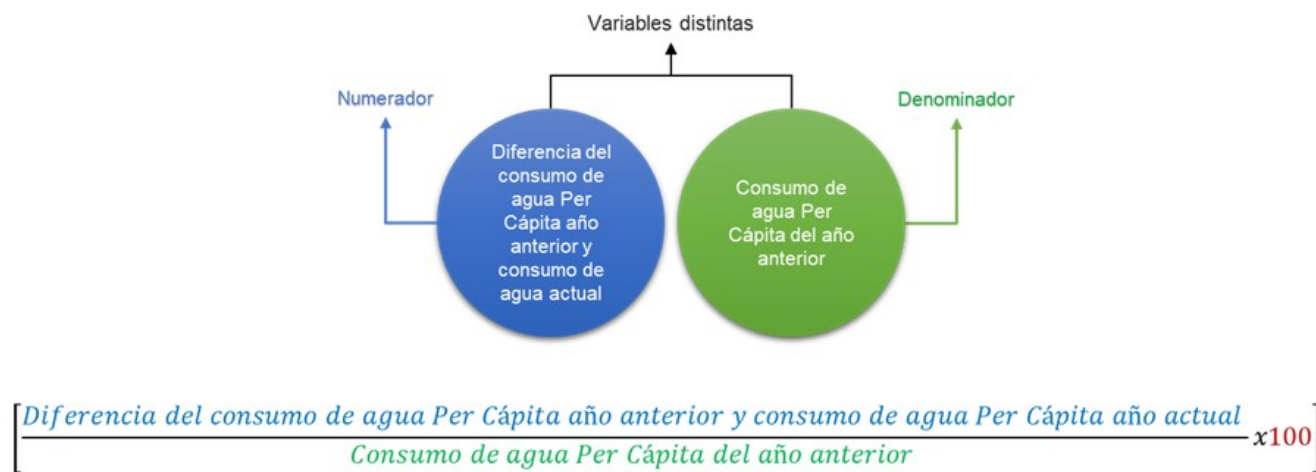
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 29 de 33			

- **Tasa:** Es la frecuencia de los eventos sociodemográficos ocurridos en una población durante determinado tiempo (normalmente un año) dividida entre la población a riesgo de sufrir el evento durante ese periodo de tiempo.

Ejemplo de construcción de indicadores (tasa)



- **Índice:** Es un indicador complejo que puede dar como resultado una razón, proporción, porcentaje el cual debe ser compuesto de otros indicadores y se requiere tener más de un cálculo para medir este tipo de unidad de medida incluye un factor multiplicador de tipo constante y las cantidades en el numerador y denominador son de naturaleza diferente.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 30 de 33			

12.3.8. Establecer la información complementaria

Se debe realizar la alineación del indicador en la misma ficha del indicador y de acuerdo con las categorías definidas institucionalmente: ejes de acreditación, tipo de proceso, misión, visión, principios (BOTOSS), normativos, estratégicos, políticas de desarrollo misional, políticas de fortalecimiento institucional, gestión de proyectos y riesgos. Estas categorías aplican dependiendo del indicador y se visualiza en el módulo de Indicadores por Categoría.

Adicional se debe registrar la justificación del porqué de la creación del indicador y el nivel de desagregación para identificar las fuentes de datos teniendo claro de quién y cómo se produce dicha información estableciendo criterios de confiabilidad con atributos de calidad estadística, estos datos pueden ser de sistemas de información como SAP, SIAI, Carestream, Redcap, entre otros, bases de datos, informes, archivos, encuestas y evaluaciones, registros de mantenimiento, listas de verificación, listas de chequeo, consolidados, rendimientos, consumos, pagos, gastos u otros.

12.3.9. Revisar y aprobar indicador

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	EVIDENCIA
Identificar la necesidad de crear, modificar o eliminar indicadores	Identificar los indicadores del proceso o procedimiento del servicio (creación, ajuste o eliminación) y solicitar asesoría por parte del Profesional de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Organización y Métodos - O&M), en caso de que se requiera.	Líder del Proceso o Procedimiento, director. Subdirector, Asesor, Jefes Oficinas y Coordinadores	Correo electrónico, oficio o mesa de trabajo
Solicitud de creación, modificación o eliminación de indicadores	Realizar la solicitud de la modificación (creación, ajuste o eliminación) a través de correo electrónico, oficio acta institucional, describiendo la debida justificación.		Correo electrónico, oficio, acta institucional o ficha del indicador

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 31 de 33			

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	EVIDENCIA
	Para la alineación de indicadores de categoría se debe contar con la previa aprobación del responsable del indicador para asociar o desasociar		
Crear, modificar o eliminar indicadores	Realizar la modificación (creación, ajuste o eliminación) en el SIAPINC diligenciando la Ficha del Indicador incluyendo la asociación por categoría y publicar.	Profesional de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Información (O&M)	Visualización del indicador SIAPINC en
Socialización creación, modificación o eliminación de indicadores	Realizar notificación al responsable mediante correo electrónico.		

Nota: para los casos en que se requiera creación, ajuste o eliminación de indicadores estratégicos se requiere aprobación del director o subdirector correspondiente.

12.3.10. Registrar datos y análisis en el sistema

Los responsables de cargue y análisis del indicador deben registrar el dato del indicador mes vencido desde el día 01 al 13 de cada mes y el análisis del día 13 al 15 del mismo mes.

Los análisis de los indicadores se deben realizar teniendo en cuenta las siguientes características:

- **Respecto al periodo:** indicando las estrategias que se emplearon para su cumplimiento o los factores que no permitieron su desempeño detallando las acciones que deben tomar para la obtención del resultado deseado.
- **Comparativo:** comparando el resultado del periodo actual con relación al periodo anterior (mes, trimestre, semestre o año) y el resultado de este contra el mismo periodo del año inmediatamente anterior.
- **Utilidad:** el análisis del indicador debe ser relevante con lo que se midió en el periodo y deben permitir la toma de decisiones en los diferentes niveles institucionales.

12.3.11. Mejora del indicador

Cuando un indicador presenta desviación en sus resultados se debe formular las acciones correctivas, basadas en la gestión de la mejora, que pueden ser documentadas a través de plan de mejora, acta institucional con compromisos o en acta de Equipo Primario de Mejoramiento, cuando se presente alguna de las siguientes desviaciones en el resultado del indicador:

- a. El indicador no cumple con los rangos de gestión o meta establecida (semaforización en rojo) en más de tres periodos consecutivos, para los indicadores mensuales, dos periodos consecutivos para los indicadores trimestrales o un periodo para los indicadores semestrales.
- b. El indicador presenta una tendencia en su ejecución con semaforización en amarillo en más tres periodos consecutivos para los indicadores mensuales, dos periodos consecutivos para los indicadores trimestrales o un periodo para los indicadores semestrales.
- c. El indicador presenta una alta dispersión en los datos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 32 de 33			

d. El indicador presenta un mismo dato más de tres mediciones.

Para soportar el resultado del indicador se deben adjuntar las evidencias (si aplica) y las cuales considere pertinentes.

Nota: Se notificará mediante el sistema de información SIAPINC a los responsables de los indicadores para que realicen el cargue y análisis de la información.

12.3.12. Evaluar y analizar los resultados

Se debe realizar análisis de los indicadores evaluando el cargue y análisis en las fechas establecidas y dependiendo de su cumplimiento así:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	EVIDENCIA
Cargar del dato de los indicadores de porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de cada proceso	Realizar el cargue del dato hasta el día 20 de cada mes (calendario), de acuerdo con la base generada desde el sistema.	Técnico Administrativo de Gestión de la Información de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Adjuntar la base generada que soporta los datos cargados a cada uno de los procesos.
Analizar el porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de cada proceso	Realizar el análisis de los indicadores hasta el día 22 de cada mes (calendario)	Profesional Universitario de Organización y Métodos de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Sistema de información SIAPINC
Cargar y analizar cumplimiento general del desempeño de los procesos	Realizar el cargue y análisis de acuerdo con la información en SIAPINC.	Profesional Universitario de Organización y Métodos de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Sistema de información SIAPINC
Seguimiento al cumplimiento de desempeño de cada uno de los procesos	Realizar seguimiento de acuerdo con los indicadores por categoría analizándolos por cada tipo de proceso.	Equipos primarios de mejoramiento o comités que se considere	Sistema de información SIAPINC
Analizar tendencias, variaciones de los indicadores de gestión	Dar soporte profesional especializado a todos los procesos en el análisis de indicadores y presentando informe al jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para su aprobación	Profesional Especializado de Gestión de la Información de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Presentar informe mensual de acompañamiento al análisis de indicadores institucional en SIAPINC

12.3.13. Presentar y publicar resultados de los indicadores

Los Líderes de los Procesos o Procedimientos, Director General, subdirectores, Asesores, Jefes de Oficinas y Coordinadores, presentarán los resultados del seguimiento de los indicadores, los análisis y las acciones de mejora correctivas tomadas y los riesgos u oportunidades implementados para cada proceso, mediante la divulgación permanente de la Información institucional en los diferentes comités, equipos primarios de mejoramiento (EPM) y demás reuniones donde se requieran.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P03-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	5
	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA:	30-06-2021
Página 33 de 33			

13. BIBLIOGRAFÍA

Universidad Nacional de Colombia (2012), Manual de Indicadores de Proceso del Sistema de Mejor Gestión-Un Simege, Versión 1.0.

Departamento Administrativo de la Función Pública (2015), Cartillas de Administración Pública Diseño, manejo, interpretación y seguimiento de indicadores de gestión.

Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada (2018), Manual de Indicadores de Gestión y Resultados, versión 11.

Administración Municipal de la Mesa Cundinamarca (2017), Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión en la Administración Municipal de la Mesa Cundinamarca, Versión 0.

Procuraduría General de la Nación, Guía 2.3 ABC de Indicadores, Fase 2.

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas, Guía para la construcción y Análisis de Indicadores

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OIM
1	14-02-2019	Versión inicial del documento	Paula Andrea Salamanca Medina
2	10-06-2020	Realizar la actualización del manual y si incluye la vigencia de 4 años de los documentos, creación del organigrama y mapa de procesos.	Paula Andrea Salamanca Medina
3	28-11-2020	Se incluye la codificación de la ruta de procesos, se actualizan las definiciones y se incluye que se realizará creación, modificación o anulación en cualquier momento de acuerdo con la monitorización de los controles a los riesgos y sus resultados, las necesidades de los servicios, quejas, peticiones, reclamos, sugerencias u observaciones derivadas por los espacios de participación realizadas por el usuario interno y externo	Paula Andrea Salamanca Medina
4	21-01-2021	Se adiciona por requerimiento del INVIMA en el numeral 5. DEFINICIONES TÉCNICAS: Documento confidencial.	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar
5	30-06-2021	Se realiza la revisión del manual y se incluye los siguientes puntos: 1. Capítulo de indicadores de gestión 2. Numeral de estructura de las plantillas documentales 3. Responsables de aprobación de los cambios documentales	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:	30-06-2021	Fecha:	30-06-2021	Fecha:	30-06-2021