

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		01				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		31-05-2019				
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																			VIGENCIA DEL POA:		2020				
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																			VERSIÓN:		1				
PROCESO:		Docencia																			PERIODO DE EVALUACIÓN:						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Formular y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas																									
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Docencia																									
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2020	Gestionar la formación de posgrado en docencia universitaria para los funcionarios del INC	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas											15%	Porcentaje de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria	(Número de docentes con con formación de posgrado en docencia universitaria/ Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Área Docencia					
				Gestionar la cuarta cohorte de especialización en Docencia Universitaria	4%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												1	Oficio a la IES con el listado de los funcionarios aprobados por el comité para realizar la especialización	Oficio a la IES con el listado de los funcionarios aprobados por el comité para realizar la especialización	Eficacia	Técnico Administrativo Docencia				
				Lograr que el 50% de los docentes del INC cuenten con el reconocimiento docente de las IES	5%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												50%	Porcentaje de docentes con reconocimiento docente de la IES	(Número de docentes con reconocimiento docente de la IES/ Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Área Docencia				
				Gestionar la inclusión de la función docente en el manual de funciones del INC	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												50%	Porcentaje de docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual	(Número de docentes de planta con función docente en el manual de funciones / Total de docentes de planta del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Área Docencia				
				Gestionar la clasificación de docentes de planta del INC	4%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												40%	Porcentaje docentes de planta del INC con clasificación docente	(Número de docentes de planta con clasificación docente / Total de docentes de planta del INC)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia				
				Gestionar el requisito para que los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio cuenten con acreditación en calidad educativa	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												20%	Porcentaje de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa	(Numerode los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa / Total de programas académicos de salud en convenio)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Docencia				
				Mantener el porcentaje de satisfacción con las prácticas formativas por encima del 90%	4%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%	Min 80% Est 90% Máx 100%		Porcentaje de Satisfacción con las prácticas formativas	(Número de preguntas de la encuesta de las prácticas formativas respondidas afirmativamente en el periodo / Total de preguntas de la encuesta de las prácticas formativas respondidas en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Realizar los comités docencia servicio (CODAS) definidos por norma	5%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas				100%			100%					100%	Porcentaje de ejecución comités docencia servicio	(Número de CODAS planeados y ejecutados durante el periodo de evaluación / Numero de CODAS planeados en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Ejecutar las actividades del plan de bienestar estudiantil para la vigencia	5%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad							15%					30%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Bienestar para el personal en formación del INC	(Número de actividades del Plan de Bienestar del personal en formación ejecutadas / Número total de actividades programadas en el Plan de Bienestar del personal en formación)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
				Implementar el Plan de Desarrollo Docente del INC 2019- 2022	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad						8.5%						17%	Porcentaje de implementación del plan de desarrollo docente del INC	(Número de actividades ejecutadas del Plan de Desarrollo docente en el horizonte / Total de actividades definidas en el Plan de Desarrollo Docente)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Realizar la evaluación de docentes del INC	5%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad						80%			80%			80%	Porcentaje de docentes ubicados en escala superior de la evaluación	(Número de docentes con calificación superior en el periodo / total de docentes evaluados en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Mantener el porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios por encima del 90%	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Min 90% Est 95% Max 100%	Porcentaje de satisfacción con la gestión de los convenios	(Número de preguntas de la encuesta de la gestión de los convenios respondidas afirmativamente en el periodo/Total de preguntas de la encuesta la gestión de los convenios respondidas en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia					
				Culminar y mantener actualizado el censo docente	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad												100%	Porcentaje de docentes incluidos en el censo docente del INC	(Número de docentes del INC incluidos en el censo docente / Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo área Docencia				
				Culminar el documento con los servicios declarados, los programas, el número de estudiantes aceptados oficialmente para rotación y la IES según capacidad instalada	3%	Profesional especializado Docencia Técnico administrativo Docencia	Tareas Especificas											1		Documento con la información completa exigida por Hospital Universitario	Documento con la información exigida por Hospital Universitario	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
		Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia	Actualizar los procedimientos de docencia (actualizados y medidos en la línea de los principios institucionales BOTOSS)	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas						100%							Porcentaje de procedimientos de docencia actualizados y medidos en la línea de los principios institucionales BOTOSS	(Número de procedimientos del proceso de docencia actualizados / Total de procedimientos del proceso de docencia)*100	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Docencia				
				Construir la política de Docencia del INC	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas										1			Resolución Política de Docencia	Resolucion Política de Docencia	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Mantener la cobertura del proceso de inducción virtual	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Min 80% Est 90% Max 100%	Porcentaje de cobertura de induccion para estudiantes del INC	(Numero total de estudiantes que ingresaron al INC y aprobaron el 100% de los módulos de inducción asignados / Numero total de estudiantes que ingresaron al INC durante el periodo evaluado)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo área Docencia					
				Mantener la oportunidad en el envío de las calificaciones por debajo de 15 días calendario	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	Oportunidad en el envío de las calificaciones de los estudiantes	{Días transcurridos entre la fecha de finalización de rotación y fecha de envío de calificaciones}[(Número total de estudiantes que terminaron rotación en el periodo evaluado) * 1	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo área Docencia				
				Mantener la razon estudiante / Docente entre 1 y 7	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	<=7	Relacion estudiante docente	{Número de estudiantes en rotación durante el periodo}[(Número de docentes durante el periodo) * 1	Eficacia	Profesional Especializado Grupo área Docencia				
				Gestionar el acceso a las bases de datos de las IES principales para el INC via convenios docencia servicio	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad												30%	Porcentaje de IES con acceso efectivo a bases de datos para el INC	{Número de IES con acceso efectivo a bases de datos para el INC }[(Número de IES principales en convenio) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Biblioteca Grupo área Docencia				
				Diseñar un plan para dar alcance de los servicios de la Biblioteca a los pacientes y familiares del INC	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Calidad												1	Documento con el plan de alcance de los servicios de la Biblioteca para pacientes y sus familias del INC	Documento con el plan de alcance de los servicios de la Biblioteca para pacientes y sus familias del INC	Eficacia	Profesional Universitario Biblioteca Grupo área Docencia				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Médica	Docencia	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	Mantener la renovación de los registros calificados de los programas académicos institucionales de subespecialidad oncológica	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas											100%	Porcentaje de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado	(Número de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado / Total de Porcentaje de programas académicos institucionales)*100	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Docencia						
				Mantener mínimo 50 especialistas en entrenamiento y residentes activos en el INC	3%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas													Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC	Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo área Docencia					
				Mantener mínimo 20 especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año	2%	Coordinadora Grupo Área Docencia	Tareas Especificas												20	Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC	Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo área Docencia					
				Elaborar y entregar el documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal	2%	Coordinador Unidad Funcional Gastroenterología	Tareas Especificas							1							Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES	Eficacia	Coordinador Unidad Funcional Gastroenterología				
				Elaborar y entregar el documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica	2%	Coordinador Unidad Funcional Cirugía Reconstructiva	Tareas Especificas							1							Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES	Eficacia	Coordinador Unidad Funcional Cirugía Reconstructiva				
			Obtener el registro calificado para dos (2) nuevos programas académicos de subespecialidad oncológica al año 2022	Obtener el registro calificado para un nuevo programa de subespecialidad oncológica en convenio con una IES	2%	Coordinadora Grupo Área Docencia / Coordinador nuevo programa	Tareas Especificas													1	Programa nuevo de formación para subespecialidad oncológica en convenio con IES	Programa nuevo de formación para subespecialidad oncológica en convenio con IES	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Docencia				
		Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión)	Ejecutar anualmente el 100% del plan de educación continuada y por extensión del INC	Lograr el 100% de cumplimiento del plan de educación continuada y por extensión																Min 80% Est 90% Máx 100%								
																				Min 80% Est 90% Máx 100%	Porcentaje de ejecución del plan anual de educación continuada y de extensión del INC	(Número de actividades de educación continuada ejecutadas en el periodo / Total de actividades de educación continuada programadas en el periodo)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Grupo Área Docencia				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC	Mapa de riesgos del proceso DOC actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						
				Hacer tratamiento a los riesgos	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Proporción de riesgos tratados del proceso DOC	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso DOC ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso DOC) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
		Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DOC	(Número de indicadores de proceso DOC con dato y análisis /Total de indicadores de proceso DOC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DOC	(Número de indicadores POA proceso DOC con dato y análisis /Total de indicadores POA DOC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso DOC) *100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min 80% Est 90% Max 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DOC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso DOC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min 80% Est 90% Max 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso DOC)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso DOC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

OBSERVACIONES:


LINA MARIA TRUJILLO
Subdirectora General de Atención Médica y Docencia


MAGDA LORENA JIMENEZ
Coordinadora Grupo Área Docencia

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:	31-05-2019			Fecha:	31-05-2019			Fecha:	31-05-2019		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																		CÓDIGO:	GSI-P01-F-03								
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		VERSIÓN:	02								
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VIGENCIA:	31-05-2019								
En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																				VIGENCIA DEL POA:		2020						
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.																				VERSIÓN:		1						
Prestar servicios de diagnóstico y estadificación a los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE con oportunidad y seguridad; apoyando las políticas de investigación, docencia y asesoría cuando sea requerido.																				PERIODO DE EVALUACIÓN:								
Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación																												
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	SEGUIMIENTO Análisis	
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes.	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	5,3%	Referente de Humanización del INC	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	(Número de actividades ejecutadas del programa de humanización en el componente de atención de pacientes /Total de actividades programadas del programa de humanización en el componente atención a pacientes)*100	Eficacia	Referente de humanización del INC					
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Medir la cultura en seguridad del paciente	5,3%	Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad												>=3,4	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Eficacia	Referente seguridad del paciente del INC					
				Realizar internamente capacitaciones con enfoque en la cultura de seguridad del paciente, donde se haga énfasis en la diferencia entre evento e incidente y plantear elementos claves para el reporte y análisis	5,3%	Coordinadores de Grupo Área y Grupos Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad										1		1	Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso DYE en temas de seguridad del paciente	Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso DYE en temas de seguridad del paciente	Eficacia	Referente seguridad del paciente del INC					
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los paquetes instruccionales que aplican al proceso DYE	5,3%	Responsables de cada paquete instruccional Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad													Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso DYE	(Número de paquetes instruccionales del proceso DYE que cumplen con las recomendaciones de la metodología adherencia/ Total de paquetes instruccionales revisados del proceso DYE)*100	Eficacia	Referente seguridad del paciente del INC					
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	Mejorar la oportunidad de diagnóstico institucional en la atención de pacientes	5,2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinadores de Grupo	Calidad		Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	E-Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana)	Oportunidad de diagnóstico institucional	Eficacia	Dato: Técnico Planeación Análisis: Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación					
				Lograr que la oportunidad en el diagnóstico patología alcance los 7 días hábiles	5,2%	Coordinador Grupo Patología Oncológica	Calidad		Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 7 días	Oportunidad en la atención en Grupo de Patología INC	(tiempo transcurrido entre el registro de muestras y el momento en el cual es firmado el reporte)	Eficacia	Coordinador Grupo Patología					
				Lograr que la oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio sea máximo 20 minutos	5,2%	Coordinador Grupo Laboratorio Clínico	Calidad		Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Min. 5 minutos Est. 15 minutos Máx. 20 minutos	Oportunidad en toma de muestra de Laboratorio Clínico a paciente ambulatorio	(Número total de minutos transcurridos entre la llegada del paciente hasta la toma de la muestra)	Eficacia	Coordinador Grupo Laboratorio Clínico				
				Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas para el PET mínimo 5, máximo 15 días	5,2%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Medicina Nuclear	Calidad		Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Oportunidad en la toma del PET	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de PET y la fecha en la que se solicita / Número total PET realizadas	Eficacia	Profesional universitario Medicina Nuclear				
				Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas a 10 días para gammagrafía ósea	5,2%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Medicina Nuclear	Calidad		Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 5 días Máx. 10 días	Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de gammagrafía ósea y la fecha en la que se solicita / Número total de gammagrafía ósea realizadas	Eficacia	Profesional universitario Medicina Nuclear				
				Implementar nueva agenda de optimización en la oportunidad de asignación de citas a 10 días para radiología	5,2%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas	Calidad		Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	(Días calendario entre solicitud servicio de imagenología y momento en que es prestado el servicio)(Total de atenciones en servicios de imagenología)	Eficacia	Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas				
								Mejorar la oportunidad de la entrega de resultados de diagnóstico y estadificación	5,2%	Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas	Calidad		Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Oportunidad de lectura de servicios de Imagenología	(Sumatoria de tiempo desde la practica del estudio y el informe final de lectura del especialista)(Número total de atenciones en servicios de imagenología) * 1	Eficacia	Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas			
				Ejecutar el proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer	5,4%	Coordinador Grupo Medicina Nuclear Coordinador Grupo Radioterapia	Proyectos especiales			10%				40%						Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer	Eficacia	Dato: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Coordinador Grupo Medicina Nuclear					
				Desarrollar una nueva molécula	5,4%	Coordinador Grupo Medicina Nuclear Coordinador Grupo Radioterapia	Proyectos especiales												1	Informe de la nueva molécula desarrollada entregado a la Subdirección Médica	Informe de la nueva molécula desarrollada entregado a la Subdirección Médica	Eficacia	Coordinador Grupo Radioterapia					

[illegible]

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos	Calidad									Mín. 80% Est. 80% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso DYE)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos	Calidad									Mín. 80% Est. 80% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso DYE/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso DYE)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DYE entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso DYE) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

OBSERVACIONES
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

LINA MARIA TRUJILLO
Subdirector de Atención Médica y Docencia

OSCAR MAURICIO FORERO
Cordinador Grupo Imágenes Diagnósticas

ELIZABETH RODRIGUEZ GOMEZ
Coordinador Grupo Laboratorio

CARLOS EDUARDO GRANADOS
Coordinador Grupo Medicina Nuclear

MARTHA HELENA GARCIA
Cordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

RUTH QUEVEDO SERRANO
Cordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación

JUAN CARLOS MEJIA
Coordinador Grupo Patología

JAVIER RADA LOZANO
Coordinador Grupo Medicina Nuclear

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Depen:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	31-05-2019	Fecha:	31-05-2019	Fecha:	31-05-2019

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																		CÓDIGO:	GSI-P01-F-03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		VERSIÓN:	2								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VIGENCIA:	31-05-2019								
																				Página 1 de 1									
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																		VIGENCIA DEL POA:		2020							
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.																		VERSIÓN:		1							
PROCESO:		Gestión Apoyo Clínico																		PERIODO DE EVALUACIÓN:									
OBJETIVO DEL PROCESO:		Realizar oportuna y eficientemente la prestación de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.																											
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico																											
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN			SEGUIMIENTO		
																								RESULTADO DEL	ANÁLISIS	% AVANCE	ANÁLISIS		
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Contribuir al cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	Cumplir el 100% anual el plan de humanización en el componente de atención a pacientes	3%	Referente de Humanización del INC	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	(Número de actividades ejecutadas del programa de humanización en el componente de atención de pacientes /Total de actividades programadas del programa de humanización en el componente atención a pacientes)*100	Eficacia	Referente de Humanización del INC					
				Promover el acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Porcentaje de registro del dolor en la historia Clínica	(Número de registros efectivos del dolor como quinto signo vital)[(Ei número de registros revisados en el periodo) * 100	Eficacia	Enfermera líder de Unidad de Cuidado Paliativo					
								90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Cobertura y acompañamiento de Enfermería en el duelo	(Número de familias intervenidas por Acompañamiento de Enfermería en el duelo / Número de pacientes fallecidos al mes)* 100	Eficacia	Enfermera líder del programa de cuidadores y apoyo en el duelo			
				Promover el descriptivo de la guía de bienvenida al paciente hospitalario y de primera vez	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Cobertura de bienvenida del paciente que ingresa a hospitalización (ingresos y traslados) y consulta externa 1ra vez del INC	{Tot. pts. que reciben educ. bienvenida serv hospitalización (ingresos-traslados) y C.E. 1ra vez INC}/[Tot. de pts. que ingresan a los servicio de hospitalización (traslados) y C.E. 1ra vez del INC] * 100	Eficacia	Enfermera ingreso hospitalario						
				Socialización derechos y deberes a través de las estrategias del plan de comunicaciones (albergues, consulta social)	3%	Coordinadora Grupo Trabajo Social	Calidad		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actas, listados de asistencias o registro de evidencias de socialización derechos y deberes a través de las estrategias del plan de comunicaciones (albergues, consulta social)	Actas, listados de asistencias o registro de evidencias de socialización derechos y deberes a través de las estrategias del plan de comunicaciones (albergues, consulta social)	Eficacia	Coordinadora Grupo Trabajo Social					
				Definir e implementar estrategias para promover los derechos y deberes desde el CGIP	3%	Médico Centro de Gestión Integral al Paciente	Calidad														Informe de aplicación de la encuesta	Definir estrategia de socialización y encuesta a los pacientes para medir el nivel de conocimiento de derechos y deberes a pacientes de primera vez	Definir estrategia de socialización y encuesta a los pacientes para medir el nivel de conocimiento de derechos y deberes a pacientes de primera vez	Eficacia	Médico Centro de Gestión Integral al Paciente				
				Realizar seguimiento al Plan de Egreso Hospitalario Institucional	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Min. 75% Est. 85% Máx. 100%	Porcentaje de pacientes captados por el programa plan de egreso	(Número de pacientes captados en el programa plan de egreso en el periodo)/[Total de pacientes que cumplen criterio de inclusión en el programa plan de egreso en el mes]*100	Eficacia	Enfermera Plan de egreso del paciente			
Satisfacción de los programas de enfermería	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad														90%	Mensual	Porcentaje de satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería	Porcentaje de satisfacción de los usuarios de los programas de enfermería	Eficacia	Enfermera del programa plan de egreso							
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Medir la cultura en seguridad del paciente	3%	Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad													>=3,4	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Eficacia	Referente Seguridad del paciente					
				Realizar internamente capacitaciones con enfoque en la cultura de seguridad del paciente, donde se haga énfasis en la diferencia entre evento e incidente y plantear elementos claves para el reporte y análisis	3%	Coordinadores de Grupo Área y Grupos Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad									1			1	Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso GAC en temas de seguridad del paciente	Actas de capacitaciones internas o listado de asistencia del proceso GAC en temas de seguridad del paciente	Eficacia	Referente Seguridad del paciente						
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	Documentar los paquetes pendientes: - Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico - Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidado intensivo - Evaluación de prueba diagnóstica del alta hospitalaria - Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud	3%	Responsables de cada paquete instruccional	Calidad											4		Número de paquetes instruccionales documentados	Número de paquetes instruccionales documentados	Eficacia	Referente Seguridad del paciente						
				Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los paquetes instruccionales que aplican al proceso GAC	3%	Responsables de cada paquete instruccional Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad											Min. 80% Est. 90% Máx. 100%		Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales que le aplican al proceso GAC	(Número de paquetes instruccionales del proceso GAC que cumplen con las recomendaciones de la metodología adherencia/ Total de paquetes instruccionales revisados del proceso GAC)*100	Eficacia	Referente Seguridad del paciente						

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03										
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2										
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019										
																						Página 1 de 1											
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados)	Analizar y gestionar el 100% los eventos adversos institucionales	3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinadores de Grupo Área y Grupos	Calidad	Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Min. 15 Est. 30 Máx. 45		Razón de eventos adversos de pacientes atendidos en el INC	{Número de eventos adversos presentados en el INC}{Número de pacientes atendidos en el INC (hospitalizados y ambulatorios)} * 100	Eficacia	Referente Seguridad del paciente										
				Realizar una referenciación interna y establecer estrategias para promover el reporte de incidentes y eventos adversos asociados a la atención	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad								1							Informe de referenciación interna para promover el reporte de incidentes y eventos adversos asociados a la atención del proceso GAC	Informe de referenciación interna y definición de estrategias para promover el reporte de incidentes y eventos adversos asociados a la atención del proceso GAC	Eficacia	Enfermera de seguridad del paciente								
				Determinar estrategia direccionada a mejorar la adherencia de paquete instruccional de úlceras pro presión	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad								1								Informe de prueba piloto de la estrategia direccionada a mejorar la adherencia de paquete instruccional de úlceras pro presión	Informe de prueba piloto de la estrategia direccionada a mejorar la adherencia de paquete instruccional de úlceras pro presión	Eficacia	Enfermera de seguridad del paciente							
				Realizar análisis de los incidentes y eventos adversos mas frecuentes en los equipos primarios de mejoramiento, con el acompañamiento del referente de seguridad del paciente del INC	3%	Coordinadora Grupo Área Enfermería Oncológica	Calidad								1					1		1		Acta de equipos primarios de mejoramiento donde se evidencie el análisis de los incidentes y eventos adversos mas frecuentes asociados a la atención	Acta de equipos primarios de mejoramiento donde se evidencie el análisis de los incidentes y eventos adversos mas frecuentes asociados a la atención	Eficacia	Enfermera de seguridad del paciente						
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	3%	Coordinador Grupo Hospitalización Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria Coordinador Grupo GAICA Coordinador Grupo Unidad de Cuidados Intensivos	Calidad				>= 90%				>= 90%				>= 90%		Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)	{Sumatoria de porcentajes de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la HC}{Total de historias clínicas auditadas y calificadas} * 1	Eficacia	Profesional Asesoría de Calidad									
				Realizar auditoria interna de la calidad del registro de la HC por parte de enfermería (preventivo)	3%	Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica Coordinadora Grupo Hospitalización	Calidad													1		Informe de auditoria interna de la calidad del registro de la HC por parte de enfermería (preventivo)	Informe de auditoria interna de la calidad del registro de la HC por parte de enfermería (preventivo)	Eficacia	Coordinadora Grupo Hospitalización		Beatriz forero						
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento Quimioterapia 24/7	3%	Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7	Calidad	Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Máx.: 25 días			Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia - (mediana)	{Oportunidad en el inicio de tratamiento-Quimioterapia}	Eficacia	Dato: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación Análisis: Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7									
				Disminuir el número remisiones de devolución por mes	3%	Coordinador Grupo Esterilización Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria	Calidad	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Min.: 10% Est: 15% Máx.: 20%	Proporción de remisiones no utilizadas	{Número de remisiones no utilizadas}{Número de remisiones entregadas}	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización								
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	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	Mejorar la oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage	3%	Coordinador Grupo Gaica	Calidad	Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min		Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min		Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min		Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min		Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min		Min: 20 min Est: 30 min Máx: 45 min			Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage	{número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias}{Total de consultas de Triage II en GAICA durante el periodo} * 1	Eficacia	Coordinador Grupo GAICA									
				Propuesta de reingeniería del servicio de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA)	3%	Coordinador Grupo Gaica	Calidad													1		Documento de propuesta de reingeniería del servicio de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA)	Documento de propuesta de reingeniería del servicio de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA)	Eficacia	Coordinador grupo GAICA								
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	3%	Coordinadores de Grupo Área y Grupos	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer	{Número de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer / Total de los estándares que apliquen para la atención y seguridad del paciente con cáncer}*100	Eficacia	Asesor de Calidad									
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer	Diseñar el modelo del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP)	Diseñar el modelo del Centro de Gestión Integral al Paciente con Cáncer (CEGIP)	3%	Médico Grupo Centro de Gestión Integral al Paciente	Proyectos especiales														Aprobado	Documento del modelo del centro de gestión integral al paciente aprobado y socializado	Documento del modelo del centro de gestión integral al paciente aprobado y socializado	Eficacia	Médico Grupo Gestión Integral al Paciente								
				Diseñar del modelo integral de central de citas	4%	Médico Grupo Centro de Gestión Integral al Paciente Coordinador Grupo Área de Tecnologías de la Información	Proyectos especiales																Aprobado	Documento del diseño del modelo integral de central de citas aprobado	Documento del diseño del modelo integral de central de citas aprobado	Eficacia	Médico Grupo Gestión Integral al Paciente						
																										Socializado	Documento del diseño del modelo integral de central de citas socializado	Documento del diseño del modelo integral de central de citas socializado	Eficacia	Médico Grupo Gestión Integral al Paciente			

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019				
																						Página 1 de 1					
	Imagen corpor	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos áreas y Grupos	Calidad											Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GAC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GAC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GAC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de Grupos áreas y Grupos	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GAC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GAC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						

OBSERVACIONES
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

LINA MARIA TRUJILLO
Subdirectora de Atención Médica y Docencia

MARTHA GARCIA FERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

LILIA ESPERANZA GARCÍA
Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica

ANA EDITH HERNANDEZ
Coordinador Grupo Trabajo Social

GLORIA XIMENA LOZANO CARRILLO
Coordinador Grupo GAICA (E)

MARTHA GARCIA FERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Gestión Integral al Paciente (E)

CAROLINA ARISTIZABAL
Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos

NUBIA ESPERANZA PRADA
Coordinador Grupo Esterilización

JULIO ALBERTO BURBANO
Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria

ELABORO			REVISO			APPROBO		
Cargo:	Profesional Universitario		Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		Cargo:	Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		Dependencia:	Oficina Asesora Planeación y Sistemas	
Fecha:	31-05-2019		Fecha:	31-05-2019		Fecha:	31-05-2019	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:	31-05-2019

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2020
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.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Estratégico	Elaborar y presentar una estrategia de preservación digital	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas						1						Documento estrategia de preservación digital presentado	Documento estrategia de preservación digital presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Presentar ante Comité Directivo la política de Gestión Documental para aprobación	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas						1							Resolución de la política de Gestión Documental	Resolución de la política de Gestión Documental	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) componente estratégico	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente estratégico (Plan institucional de archivos – PINAR, Programa de gestión documental – PGD, proyectos y políticas de eficiencia administrativa	(Número de actividades ejecutadas en el componente estratégico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) / Total actividades programadas en el componente estratégico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Administración Archivos	Mejoramiento locativo de las instalaciones para la operación de organización de los archivos en el INC (sujeto recursos y espacio de área)	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Subdirector Administrativo y Financiero	Tareas Especificas					1							Informe de levantamiento de información de necesidades (que área, que mobiliario, que recurso)	Informe de levantamiento de información de necesidades (que área, que mobiliario, que recurso)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
																100%	Porcentaje de ejecución del mejoramiento locativo de las instalaciones para la operación de organización de los archivos en el INC	(Número de área con mejoras locativas ejecutadas / Total de áreas programadas para realizar mejoras locativas)*100	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
				Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Administración Archivos	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente Administración de Archivos (control de los recursos físicos, técnicos, tecnológicos, financieros y del talento humano, necesarios para la realización de los procesos de la gestión documental y el eficiente funcionamiento de los archivos)	(Número de actividades ejecutadas en el componente administración de archivos del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) / Total actividades programadas en el componente de administración de archivos del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) en el periodo) *100	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Administración Archivos	Auditar los archivos de gestión de los 40 grupos que generan mayor transferencia documental	5%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad										100%	40 Grupos	Porcentaje de cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión	(Número de grupos auditados en archivos de gestión/Total de grupos programados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Organización de 130 Metros lineales de los archivos de gestión el cual será medido con las transferencias documentales	5%	Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad											100%	130 metros lineales	Porcentaje de metros lineales organizados de los archivos de gestión	(Número de metros lineales transferidos /Total de metros lineales proyectados) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Continuar con el Desarrollo de la fase II de la estrategia de Administración de Historias laborales (Open File)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas											100%	Porcentaje de desarrollo fase II de la estrategia de administración de historias laborales (Open File)	(Número actividades ejecutadas de fase 2 de la estrategia de administración de historias laborales para el periodo / Total de actividades programadas de fase 2 de estrategia de administración de historias laborales para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					

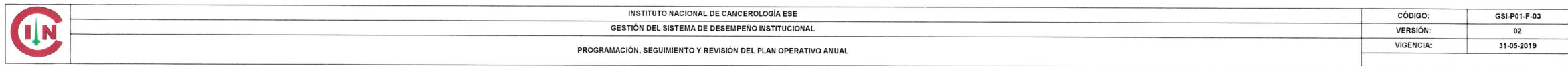
4

4

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		02				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		31-05-2019				
VISION:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido																			VIGENCIA DEL POA:		2020				
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																			VERSIÓN:		1				
PROCESO:		Gestión de Archivo y Documental																			PERIODO DE EVALUACIÓN:						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido																									
LIDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia																									
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Analisis	% Avance obtenido	Analisis
At	Gestión de	gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	de Archivos (MGDA) Componente Documental	Consolidar y proyectar un plan de trabajo archivístico (aplicación TRD en sus versiones, TVD, organización de archivo de gestión, inventarios, transferencias, disposición final)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas				1								Plan de Trabajo Archivístico Fase I	Documento con el plan de trabajo Archivístico consolidado (estrategia de Inventarios)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
																		100%= Series nomina y de contabilidad inventariadas	Porcentaje de ejecución y actualización de inventarios faltantes de series contables y nómina en el archivo central	(Número actividades ejecutadas del plan de trabajo archivístico para el periodo / Total de actividades programadas plan de trabajo archivístico para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) componente documental	7.5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente documental procesos de la gestión documental	(Número de actividades ejecutadas en el componente documental del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) / Total actividades programadas en el componente documental del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestion Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Tecnológico	Desarrollar fase I de la estrategia para generar de forma electrónica con validez jurídica y probatoria el consentimiento informado (planeación interna, modelamiento, personalización, pruebas)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia / Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales				100%								Porcentaje de implementación fase I de la estrategia de generación de documentos electrónicos	(Número de actividades ejecutadas de la fase I de implementación de la estrategia de generación de documentos electrónicos para el periodo / Total de actividades programadas de la fase I de implementación de la estrategia de generación de documentos electrónicos para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
				Implementar la Fase II (parametrización y puesta en producción de la iniciativa de consentimiento informado electrónico)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia / Grupo Área Sistemas													100%= avance herramienta puesta en producción	Porcentaje de implementación fase II de la estrategia de generación de documentos electrónicos	(Número de actividades ejecutadas de la fase II de implementación de la estrategia de generación de documentos electrónicos para el periodo / Total de actividades programadas de la fase I de implementación de la estrategia de generación de documentos electronicos para el periodo)*100		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Elaborar y ejecutar el Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel en su componente gestión documental	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad		1											Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel	Un Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
											100%		100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel	(Número de actividades ejecutadas en el del plan de eficiencia administrativa y cero papel para el periodo/ Total de actividades programadas del plan de eficiencia administrativa y cero papel para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Diagnosticar las capacidades del aplicativo SIAPINC frente a los requisitos SGDEA y presentar informe al comité	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas														Informe Capacidad de Aplicativo SIAPINC frente a los requisitos del SGDEA	Documento de evaluación de SIAPINC frente a SGDEA	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia			

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																		CÓDIGO:		GSI-P01-F-03						
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		VERSIÓN:		02						
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VIGENCIA:		31-05-2019						
VISIÓN: En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido																		VIGENCIA DEL POA:		2020							
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																		VERSIÓN:		1							
PROCESO: Gestión de Archivo y Documental																		PERIODO DE EVALUACIÓN:									
OBJETIVO DEL PROCESO: Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido																											
LIDER POA: Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia																											
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Analisis	% Avance obtenido	Analisis
				Realizar capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documental	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad										100%	Porcentaje de capacitaciones realizadas en el módulo de gestión documental	(Número de capacitaciones realizadas en el módulo de gestión documental/Total de capacitaciones programadas en el módulo gestión documental para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
																100%= 150 funcionarios / colaboradores	Porcentaje de cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documental	(Número de funcionarios capacitados en plataforma Siapinc4, componente módulo gestión documental /Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
				Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Tecnológico	7,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente tecnológico (Sistema de documentos electrónicos de archivo – SGDA)	(Número de actividades ejecutadas en el componente tecnológico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) / Total actividades programadas en el componente tecnológico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGAD) en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Cultural	Realizar capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivos a los grupos que serán objeto de auditoría en archivos de gestión	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas									100%= 200 funcionarios / colaboradores	Porcentaje de cobertura de las capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo	(Número de funcionarios capacitados en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo /Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
				Promover conocimiento de los procesos de Gestión Documental e instrumentos archivísticos, mediante curso virtual dirigidos a los funcionarios alineado y coordinado con el Plan de Capacitación del INC	2,5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia / Coordinador Grupo de Ciclo de Bienestar y Capacitación	Tareas Especificas									100%= 50 funcionarios / colaboradores	Porcentaje de cobertura curso virtual de gestión documental	(Número de funcionarios que realizaron el curso / Total de funcionarios proyectados para realizar el curso) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Cultural	Implementar Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA)	5,0%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas						100%				100%	Porcentaje de avance de implementación del MGDA	(Número de actividades ejecutadas del MGDA / Total actividades programadas para el periodo de MGDA en el periodo *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
				Implementar mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales	5%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia / Grupo Área Sistemas	Tareas Especificas										100%	Porcentaje de implementación de mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales	(Número de mecanismos de seguridad en entornos físicos y digitales implementados / Total de mecanismos de seguridad en entornos físicos y digitales definidos para el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
				Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente Cultural	5,0%	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de implementación del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos- MGDA en el componente cultural	(Número de actividades ejecutadas en el componente cultural del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos- MGDA / Total actividades programadas en el componente cultural del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos - MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	2,5%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD	Mapa de riesgos del proceso GAD actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad				100%		100%		100%		100%	Proporción de riesgos Tratados del proceso GAD	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GAD ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GAD) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						

4



VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2020
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.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

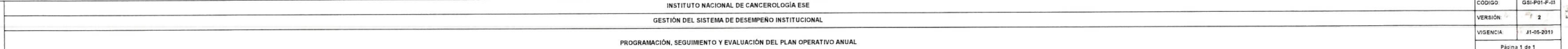
Ejes	Línea	Objetivos Institucionales	Meta PDI	Compromisos	POND.	Responsable del Compromiso	Tipo de Compromisos	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad											Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GAD	(Número de indicadores de proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad												Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GAD	(Número de indicadores POA, proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación					
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAD	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GAD programadas en el periodo, proceso GAD)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad											Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAD/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GAD)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo - bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo - bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Calidad												Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAD/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GAD)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación					
Apoyo	Gestión Financiera	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.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GAD	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GAD) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						


JUAN JOSE PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera


VIDA HELENA BAUTISTA
Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia

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	31-05-2019	Fecha	31-05-2019	Fecha	31-05-2019

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO	GS/P01-P03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN	2								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA	31-05-2019								
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																	Página 1 de 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.																	VIGENCIA DEL POA:	2020								
PROCESO:		Gestión Comercial																	PERÍODO DE EVALUACIÓN:									
OBJETIVO DEL PROCESO:		Gestionar de manera oportuna la venta de servicios oncológicos, cumpliendo las metas institucionales, fortaleciendo la imagen corporativa y asegurando el recaudo para contribuir a la sostenibilidad financiera.																	1									
LÍDER POA:		Coordinador Grupo Área Gestión Comercial																										
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	Fórmula							
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	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	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	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Productividad	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación	(Total de la facturación ejecutada en el periodo/ Total meta de facturación mensual)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación						
				Realizar las reuniones con los servicios para identificar los productos claves para cumplir con el presupuesto de ventas	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Mercado Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas						1						1		Actas de reuniones con los servicios para identificar los productos claves para cumplir con el presupuesto de ventas	Actas de reuniones con los servicios para identificar los productos claves para cumplir con el presupuesto de ventas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercado				
				Realizar el informe de producción de facturación	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Tareas específicas		1												Informe de producción de facturación	Informe de producción de facturación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Implementar al 100% la factura electrónica recibida y emitida al año 2020	Implementar al 100% la factura electrónica emitida	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Proyectos especiales			30%	60%	100%							Porcentaje de implementación de la factura electrónica emitida	(Número de actividades ejecutadas de la factura electrónica emitida / Número de actividades programadas de la factura electrónica emitida)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación						
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación con las entidades responsables de pago - ERP	Actualizar el documento de plan integral de cartera	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Tareas específicas			1									Documento plan integral de cartera actualizado y presentado en comité de cartera	Plan integral a la cartera actualizado presentado en comité de cartera	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera						
				Ejecutar al 100% el plan integral de cartera	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Tareas específicas						100%				100%		100%	Porcentaje de ejecución del plan integral de cartera	(Número de actividades ejecutadas del plan integral para el periodo / Total de actividades programadas del plan integral a la cartera para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
				Conciliar el 100% de cartera con las ERP	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Tareas específicas				100%						100%		100%	Porcentaje de conciliación de cartera con las ERP	(Número De Entidades Conciliadas / Total De Entidades Programadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido	Cumplir con las metas de recaudo para el periodo	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje cumplimiento de las metas de recaudo	(Valor total recaudado en el periodo / Meta de recaudo del periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
				Cumplir con las metas de recaudo acumulado para la vigencia	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Min 90% Est. 95% Máx. 100%	Índice acumulado de cumplimiento de metas de recaudo para el periodo	(Total Ingreso por recaudo acumulado en el periodo/Valor de la meta presupuestal acumulada en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2019. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación la cartera exigible de un 90% anual (midiendo el recaudo con corte al 1 abril de año siguiente al periodo de facturación)	Depurar el 50% del valor de la cartera	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad											50% Acumulado desde 2019	Porcentaje de depuración la cartera	(Valor de la cartera objeto de depuración cobrado o depurado en el periodo (compensación parcial o total) notas crédito de la facturación con corte a diciembre 2019- Valor cartera referencia corte 2018)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera						
				Obtener el 90% de la razón de recaudo y facturación del periodo	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial y del Ingreso Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Razón de recaudo y facturación del mismo periodo	(Valor total recaudado en el periodo cartera / Valor total facturado en el periodo facturación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	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%	Actualizar el documento de plan de intervención de objeciones y glosas	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas			1									Documento plan de intervención de objeciones y glosas	Documento plan de intervención de objeciones y glosas	Eficacia	Coordinador Facturación						
				Ejecutar el plan de intervención de glosa	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas						50%					75%		100%	Porcentaje de ejecución del plan de intervención de glosa	(Número de actividades ejecutadas del plan de intervención/ Total de actividades programadas del plan de intervención)*100	Eficacia	Coordinador Facturación				
				Responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas							Min 80% Est. 90% Máx. 100%				Min 80% Est. 90% Máx. 100%		Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de glosa recibida respondida dentro de los términos legales	(Valor total de Glosas respondidas dentro de términos durante el periodo / Valor objeción recibida en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Facturación				
				Gestionar mínimo 80% de la conciliación de glosa	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas							=80%				=80%		=80%	Porcentaje de conciliación de glosa	(Valor de conciliaciones realizadas en el trimestre / Valor glosas entregada en el trimestre anterior)*100	Eficacia	Coordinador Facturación				
				Obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%	2.64%	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas							=3%				=3%		=3%	Porcentaje de glosa definitiva	(Valor Aceptación en glosa + aceptación en conciliación/Valor facturación del mes)*100	Eficacia	Coordinador Facturación				
				Realizar el ingreso de glosa	2.64%	Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Tareas específicas	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	=5 días	Oportunidad ingreso de glosa	Sumatoria (Día digitado en SAP - Día de radicado en INCC) / (Total de facturas recibidas en el mes)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
				Obtener una glosa inicial menor o igual 22%	2.64%	Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Min 18% Est. 20% Máx. 22%	Porcentaje de Glosa Recibida	(Valor Objeción recibida en un periodo)/(Valor total radicado en el periodo) * 100	Eficacia	Coordinador Facturación					

DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

GESTION DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																		CÓDIGO:		GSI-P01-F-03					
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		VERSIÓN:		02					
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VIGENCIA:		31-05-2019					
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																		VIGENCIA DEL POA:		2020					
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.																		VERSIÓN:		1					
PROCESO:		Gestión Contable																		PERIODO DE EVALUACIÓN:							
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar y analizar la información contable de forma oportuna, confiable, relevante y objetiva a los clientes internos y externos del Instituto Nacional de Cancerología ESE																									
LIDER POA		Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad																									
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades	Generar reporte analítico del porcentaje del costo con respecto a los ingresos de salud	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Tareas Especificas		<=80%		<=80%			<=80%				Porcentaje del costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso	(Total costo mensual asistencial/ Total de ingresos operacionales de salud)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Realizar análisis y reporte analítico de los costos del INC por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad		1		1		1			1		Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
									1		1			1			Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Informe analítico de costos del INC discriminado por unidad de negocio	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad							
				Realizar el costeo de las prestaciones del INC	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Costos- Porcentaje de cumplimiento de prestaciones costeadas	(Número de prestaciones costeadas en el sistema)/ (Total de prestaciones del INC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una utilidad neta >= 8% que permita generar valor publico a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional	Analizar el capital de trabajo, con base en el indicador financiero	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min \$24000 00 Est \$63905 00 Max \$90000 00	Capital de trabajo en pesos	(Activo corriente - Pasivo Corriente)	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Analizar el porcentaje de la utilidad operacional de la entidad, con base en el indicador financiero	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min 0% Est 3% Max 5%	E-Utilidad Operacional	(Total ingresos operacionales - Total de costos y gastos / Total ingresos operacionales) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Analizar el nivel el endeudamiento, con base en el indicador financiero	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min 5,0% Est 5,5% Max 15%	Endeudamiento Total	(Pasivo total/ Activo Total) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Indicar la capacidad que tiene la entidad para cumplir con los pasivos exigibles a corto plazo	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min 2,5% Est 5,0% Max 10%	Razón corriente	(Activo corriente/pasivo corriente) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Medir el número de veces que las cuentas por cobrar giran en promedio, durante la vigencia	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min 1,50 días Est 2,55 días Max 4 0 días	Rotación de cartera de la Vigencia	(Ventas netas del periodo en prestación de servicios de salud / Cuenta por cobrar del periodo en prestación de servicios de salud)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Medir la variación de las ventas entre periodos iguales	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos										Min 5,09% Est 7,05% Max 10%	Variación de las ventas netas	(ventas netas vigencia - ventas netas vigencia anterior / ventas netas vigencia anterior) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Medir el tiempo de tramite de las facturas y remitir resultado a los supervisores	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores	Sumatoria (fecha de entrega central de cuentas - Fecha radicación de factura Correspondencia) / Total de facturas recibidas en el mes	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de seguimiento de las facturas	Un Informe de seguimiento de las facturas, elaborado y remitido a los supervisores	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				
				Obtener una utilidad neta 8% que permita generar valor publico a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización De Recursos											>=8%	Utilidad neta del INC	(Valor utilidad neta / Ingresos totales)*100	POA 2020	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
Dirección	Desempeño Institucional	Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Lograr un indice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Generar y presentar el informe de análisis de los Estados Financieros	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Tareas Especificas			1	1	1	1	1	1	1	1	Estados financieros presentados y publicados en la página web	Estados financiero publicados en la página web de acuerdo al calendario de la contaduría general de la nación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Seguimiento liquidación de proyectos modulo PS	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Tareas Especificas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS	Reporte de seguimiento contable de liquidación de proyecto modulo PS	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Analisis	
		Gestor de t		Elaborar y tramitar las declaraciones tributarias establecidas por la normatividad vigente	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de declaraciones presentadas	(Número de declaraciones presentadas oportuna mente/Total de declaraciones requeridas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
Direccion		Gestion de Desempeño Institucional	Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Lograr un indice de transparencia empresarial aplicada al sector publico minimo del 80%	Obtener un dictamen de la revisoria fiscal sin salvedad (1 salvedad 90%, con 2 salvedades 80%)	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad				0							Dictamen de revisoria fiscal	Número de salvedades en dictamen de revisoria fiscal	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
					Verificar cumplimiento y cierre de sugerencias de la revisoria fiscal gestionadas por el INC (planes de mejora) a través de mesas de trabajo	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de la revisoria fiscal	(Número de criterios cumplidos / Número de criterios evaluados en relaciona al contrato)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				
					Realizar esquema de seguimiento a contrato de revisoria fiscal	5,3%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Numero de reuniones realizadas con la participación de revisoria fiscal y la subdirección administrativa	Informe o acta de reunión EPM con la participación de revisoria fiscal y la subdirección administrativa	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				
Direccion		Gestion de Desempeño Institucional	Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestion basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad										1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO	Mapa de riesgos del proceso GCO actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
					Hacer tratamiento a los riesgos	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad				100%			100%			100%		100%	Proporción de riesgos Tratados del proceso GCO	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GCO ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GCO) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
Direccion		Gestion de Desempeño Institucional	Mejorar la gestion del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector publico minimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad				100%					100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO	(Numero de indicadores de proceso GCO con dato y análisis) / (Numero total de indicadores de proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
					Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO	(Numero de indicadores POA proceso GCO con dato y análisis) / (Numero total de indicadores POA proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
					Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO	(Numero de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GCO / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GCO)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Direccion	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicacion interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento minimo de 80% de politicas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento minimo de 80% de politicas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad									Min. 80% Eje. 80% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las politicas institucionales, proceso GCO	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las politicas institucionales, proceso GCO/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de politicas institucionales, proceso GCO)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento minimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento minimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Calidad									Min. 80% Eje. 80% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GCO)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCO	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GCO) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				

OBSERVACIONES

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

ANA NANCY CAMELO
Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad

ELABORO				REVISO				APROBO			
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	31/05/2019			Fecha	31/05/2019			Fecha	31/05/2019		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE										CÓDIGO:	GSI-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL										VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL										VIGENCIA:	31-05-2019

VISION:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																	VIGENCIA DEL POA:		2020
MISION:	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.																	VERSION:		1
PROCESO:	Gestión del Gasto.																	PERIODO DE EVALUACIÓN:		
OBJETIVO DEL LIDER POA	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.																			
	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera																			

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores (de los cuales CTH sea supervisor)	3.1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GOG	Tareas específicas			100%									Porcentaje de términos de referencia en los contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios)*100	(Número de contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Incrementar anualmente por lo menos el IPC más 1 punto, los recursos asignados en presupuesto de inversión	Aportar la información requerida para la estructuración de las posibles Alianzas público privadas (APP) y revisar el informe financiero de la APP	3.1%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas										1		Aporte de información para estructuración de APP	Un informe con la información de estructuración de las posibles APP	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera					
				Incrementar por lo menos el IPC+1 punto anual los recursos asignados en presupuesto de inversión	3.1%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Productividad										IPC+1 punto anual		Porcentaje de crecimiento presupuesto de inversión	(Proyecto de presupuesto de la siguiente vigencia / presupuesto de la actual vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	Implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén y Coordinador Grupo Presupuesto	Optimización De Recursos			100%						100%		100%	Porcentaje de ejecución el plan de austeridad y eficiencia institucional	Porcentaje de ejecución de acuerdo al Informe de resultado del plan de austeridad en el SIIF	Eficacia	Coordinador Grupo Presupuesto					
																		0.2% del presupuesto total institucional	Porcentaje de ahorro estimado por austeridad y eficiencia	(Total ahorro en el periodo)/(Total presupuesto general aprobado para el periodo) * 100	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	Cumplir con los criterios de razonabilidad de inventarios	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén	Calidad	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	<=5%	Razonabilidad de los inventarios	(Número de ítems con diferencia en almacén/Número de ítems contados por almacén según muestra establecida en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén					
				Realizar la verificación de los inventarios del INC	3.1%	Grupo Gestión de Suministro y Almacén	Calidad												>=85%	Porcentaje de verificación de inventarios del Instituto	(Número de centros de costos verificados / Número de centros de costos del INC)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén				
				Realizar reuniones bimestrales de austeridad donde participen financiera, almacén y contratos	3.1%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Grupo Gestión de Compras y Contratación Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén	Tareas Específicas		1		1		1		1		1		1	Acta o informe de reuniones de austeridad realizadas	Acta o informe de reuniones de austeridad donde participen financiera, almacén y contratos realizadas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén				
				Ejecutar en un 50% la implementación de la centralización de almacén	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén	Calidad											50%	Porcentaje de ejecución de la implementación de la centralización de almacén	(Número de actividades de la implementación de la centralización de almacén ejecutadas/ Total de actividades de implementación de la centralización de almacén programadas para la vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén					
Apoyo	Gestión Financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera 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.	Ejecutar el 100% de recaudo de fuentes alternas por rendimientos financieros	3.1%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos	5%	10%	15%	20%	25%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	100%	Porcentaje de ejecución rendimiento financiero (acumulado)	(Rendimientos financieros generados + Descuentos Financieros acumulados/Rendimientos financieros presupuestados acumulados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones				
				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.	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	Productividad											≥ 2%	Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas	((Total recaudo -APN-VSS) / Total ingresos)*100 (sin disponibilidad inicial)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones					
oyo	Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de	Elaborar y enviar a los supervisores, informe mensual sobre ejecución de los contratos	3.1%	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de ejecución de los contratos	Un informe de ejecución de los contratos en ejecución	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					

Ejes	Línea	Objetivos Institucionales	Meta PDI	Compromisos	Pond.	Responsable del Compromiso	Tipo de Compromisos	Programación												Indicador		Tipo de Indicador	Responsable de Indicador	Ejecución		Seguimiento	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Nombre	Formula			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión Financiera	de los bienes y servicios del INC	Garantizar la provisión oportuna de los términos establecidos	Ejecución del PAC - Recurso Nación	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	Calidad	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Porcentaje de ejecución del PAC - Recurso Nación	$(\text{Ejecución PAC} / (\text{PAC Asignado mensual} + \text{Anticipos} - \text{Reducciones})) \times 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones				
Apoyo	Gestión Financiera	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	Ejecutar el plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Calidad										30-nov	Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades inicial	Plan anual de necesidades inicial consolidado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación						
																			15-dic	Oportunidad en la emisión del plan anual de adquisiciones inicial	Un informe de plan anual de adquisiciones inicial	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
								31-ene												Oportunidad en la publicación del plan de adquisiciones	Un plan anual de adquisiciones aprobado y publicado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
										Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%		Min. 10% Est. 50% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo	$(\text{Número de ítems adjudicados en comité}) / (\text{Número de ítems plasmados en el Plan de compras de Bienes, Servicios y Obra Pública}) \times 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
										Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%		Min. 10% Est. 50% Máx. 100%	Proporción de ítem presentados a comité	$(\text{Número de ítems presentados a comité}) / (\text{Número de ítems plasmados en el Plan de compras de Bienes, Servicios y Obra Pública})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
									10%	20%	30%	40%	60%	70%	75%	85%	95%	100%	100%	Porcentaje de ítem Adjudicados adicionales	$(\text{Número de ítems adjudicados no programados en comité}) / (\text{Número de ítems no programados del plan anual de adquisiciones según cronograma}) \times 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
Apoyo	Gestión Financiera	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	Controlar la oportunidad de ejecución del plan anual de adquisiciones a través de los procesos de selección (convocatoria pública, invitación a cotizar y contratación directa)	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Calidad	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	15 días calendario	Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones	$(\text{Sumatoria de la diferencia de días calendario transcurridos entre la fecha de radicación del Grupo Área Gestión Contractual y la fecha de notificación a los proveedores} / \text{Total de procesos de selección})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir con los términos establecidos para el proceso de contratación institucional	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Calidad	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Min. 51 días Est. 52 días Máx. 54 días	Promedio ponderado de los resultados de los indicadores de convocatoria pública, directa, invitación a cotizar y aprobación de cotización.)	$(\text{Promedio ponderado de los resultados de los indicadores de convocatoria pública, directa, invitación a cotizar y aprobación de cotización.})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación						
								Min. 25 días Est. 26 días Máx. 27 días	Min. 25 días Est. 26 días Máx. 27 días	Min. 25 días Est. 26 días Máx. 27 días	Min. 25 días Est. 26 días Máx. 27 días	Min. 25 días Est. 26 días Máx. 27 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 25 días	Oportunidad proceso contratación – Aprobación de Cotización	$(\text{Suma días calendario entre recep. estudio previo con CDP SOLPE y concep tec hasta la notificación. al supervi}) / (\text{Total de contratos de aprobación de cotización legalizados notificados})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
								Min. 66 días Est. 67 días Máx. 70 días	Min. 66 días Est. 67 días Máx. 70 días	Min. 66 días Est. 67 días Máx. 70 días	Min. 66 días Est. 67 días Máx. 70 días	Min. 66 días Est. 67 días Máx. 70 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Min. 30 días Est. 40 días Máx. 50 días	Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa	$(\text{Suma días calendario entre la recep. estudios previos con CDP y SOLPE hasta la notificación. al supervi}) / (\text{Total de contratos de contratación directa legalizados notificados})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
								Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Min. 40 días Est. 50 días Máx. 60 días	Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar	$(\text{Suma días calend. entre recep. estudio previo con CDP SOLPE y concep tecn hasta notificación. al supervi}) / (\text{Total de contratos legalizados notificados})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
								Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Min. 50 días Est. 60 días Máx. 70 días	Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública	$(\text{Suma días calendario entre la recep. estudios previos con CDP y SOLPE hasta la notificación. al supervi}) / (\text{Total de contratos de convocatoria pública legalizados notificados})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
				Cumplir con los términos establecidos para la legalización de los contratos y notificación a los supervisores	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Calidad	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	20 días	Oportunidad en la notificación de los contratos adjudicados	$(\text{Sumatoria de días transcurridos entre la fecha de adjudicación hasta la fecha de notificación}) / (\text{Total de contratos notificados en el periodo})$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					

Ejes	Línea	Objetivos Institucionales	Meta PDI	Compromisos	Pond.	Responsable del Compromiso	Tipo de Compromisos	Programación												Indicador		Tipo de Indicador	Responsable de Indicador	Ejecución		Seguimiento	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Nombre	Formula			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir con los términos establecidos para la liquidación o elaboración de la certificación de ingresos vs pagos de los contratos	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Calidad			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%			Min. 10% Est. 50% Máx. 100%		Min. 10% Est. 50% Máx. 100%	Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos)	(Número de contratos liquidados y certificados (Ingresos vs pagos))/[No. contratos celebrados durante la vigencia anterior que requieren liquidación y certificación]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
								100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos revisados y gestionados	(Número de estudios previos gestionados) / Número de estudios recibidos * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión				
				Cumplir al 100% con la gestión de los estudios previos (revisados y efectivamente radicados en el grupo área gestión contractual)	3.1%	Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos ajustados	(Número de estudios previos ajustados / Número de estudios recibidos que requieren ajuste)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión				
																				Documento de diseño del plan de intervención de estudios previos	Documento de diseño del plan de intervención de estudios previos	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión				
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Diseñar e implementar al 100% el procedimiento de importaciones institucional	Diseñar e implementar al 100% el procedimiento de importaciones institucional	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Tareas Específicas							1					Procedimiento revisado de importaciones institucional publicado (revisión, aprobación y socialización)	Procedimiento de importaciones institucional publicado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
																				50%	Porcentaje de implementación del procedimiento de importaciones institucional / Número de actividades programadas del procedimiento de importaciones en la vigencia) *100		Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación			
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos	Revisar e implementar el plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual	3.1%	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor Financiero	Tareas Específicas						1					Documento de diseño del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual revisado	Documento de diseño del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual revisado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera						
																	100%	Porcentaje de implementación plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual	(Número de actividades implementadas del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual / Total de actividades programadas plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual para la vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera						
																			Cronograma de capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos	Cronograma de capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
																	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%		Porcentaje de cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos	(Número de supervisores capacitados / Total de supervisores de contratos)	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
																		100%	Porcentaje de implementación de automatización de flujo de documentos en el procedimiento de gestión contractual y de compras	(Número de actividades implementadas de automatización de flujo de documentos en el procedimiento de gestión contractual y de compras / Total de actividades programadas de automatización de flujo de documentos en el procedimiento de gestión contractual y de compras para la vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	Consolidar y reportar con oportunidad y calidad el anteproyecto y proyecto de presupuesto	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Atención Grupo Área Gestión Financiera y Coordinador Farmacia	Calidad			1								Anteproyecto de presupuesto nación	Un anteproyecto nación de presupuesto elaborado	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
																	20-oct		Plan anual de necesidades inicial consolidado dentro del término definido	Plan anual de necesidades inicial consolidado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																			1	Proyecto de presupuesto empresa aprobado	Proyecto de presupuesto empresa aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto	Optimización De Recursos											Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución presupuestal (consolidado)	(Total comprometido / Total de compromisos / Total apropiado)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto						
																Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gastos: funcionamiento	(Total comprometido gastos de funcionamiento / Total apropiado gastos de funcionamiento) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto								
																Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto: operación comercial	(Total comprometido gastos operación comercial / Total apropiado gastos operación comercial) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto								
																Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto: inversión	(Total comprometido gastos de inversión / Total apropiado gastos de inversión) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto								
																Mín. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de pagos	(Pagos acumulados en el periodo)/(Total Compromisos (Acumulado))	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto								
				Ejecutar el presupuesto de ingresos en un 90%	3.1%	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	Optimización De Recursos	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	80%	85%	87%	90%	Porcentaje ejecución por concepto de ingreso	(Recaudo de ingresos/ Abro de ingresos)*100 (acumulativo)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones					
Apoyo	Gestión Financiera	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 modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos de investigación y administrativas	3.1%	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor Financiero	Tareas Especificas											1	Modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección	Documento modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera						
																1	Documento propuesta de remuneración alternativa en áreas administrativas planta y tercerizados	Documento propuesta de remuneración alternativa en áreas administrativas planta y tercerizados	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera								
				realizar el informe de viabilidad de conformación de un ente legal para la gestión de recursos externos diferentes a los administrados y nación	3.1%	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor Financiero Asesor Jurídico	Tareas Especificas										1	Informe de viabilidad de conformación de un ente legal para la gestión de recursos externos diferentes a los administrados y nación	Informe de viabilidad de conformación de un ente legal para la gestión de recursos externos diferentes a los administrados y nación	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera							
				Implementar y mantener los modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos en áreas asistenciales, de investigación y administrativas	3.1%	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor Financiero	Tareas Especificas										4	Mantener los modelos de productividad existentes	Número de modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos vigentes	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera							
																		4	Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad)	Número de nuevos modelos de productividad desarrollados	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera						
Apoyo	Gestión Financiera	Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios	Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras	Revisar el documento de diseño de modalidad alianzas público privadas para adquisición de bienes o servicios	3.1%	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Gestión de la Tecnología Clínica Coordinador Evaluación y Seguimiento Asesor Financiero	Tareas Especificas												Documento de diseño de modalidad alianzas público privadas para adquisición de bienes o servicios	Documento de diseño de modalidad alianzas público privadas para adquisición de bienes o servicios	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera						
de Desempeño Institucional		Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG	Mapa de riesgos del proceso GDG actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad				100%							100%	Proporción de riesgos Tratados del proceso GDG	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GDG ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GDG) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
				Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad				100%						100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GDG	(Numero de indicadores de proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas							

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Dirección	Gestión	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad			100%				100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GDG	(Número de indicadores POA, proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GDG / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno					
	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad									Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad							
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Calidad										Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GDG/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
Apoio	Gestión Financiera	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.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GDG	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GDG) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					

OBSERVACIONES:
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto

ANA NANCY CAMELO
Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones (E)

LIA MARGARITA ÁLVAREZ PUENTES
Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén

MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera (E)

WILSON IBARGUEN LOZANO
Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación (E)

WILSON IBARGUEN LOZANO
Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión (E)

ELABORO			REVISO			APROBO		
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:	31/05/2019		Fecha:	31/05/2019		Fecha:	31/05/2019	

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GSI-P01-F-03						
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSION:		02						
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		31-05-2019						
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																	VIGENCIA DEL POA:		2020						
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.																	VERSIÓN:		1						
PROCESO:		Gestión del Sistema de Desempeño Institucional																	PERIODO DE EVALUACIÓN:								
OBJETIVO DEL PROCESO:		Direccional, planificar, desarrollar, seguir, controlar y mejorar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad y satisfacción de los clientes.																									
LÍDER POA		Directora General																									
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
																							Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Misional	Atención y Cuidado de Paciente	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	1,85%	Directora General Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad												>=3,4	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	Definir la metodología para la medición de la adherencia de los paquetes instruccionales	1,85%	Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad								1					Documento con la metodología para la medición de la adherencia de los paquetes instruccionales presentada a la asesora de calidad	Documento con la metodología para la medición de la adherencia de los paquetes instruccionales presentada a la asesora de calidad	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
				Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los paquetes instruccionales	1,85%	Directora General Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad												Mín. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales	(Número de paquetes instruccionales que cumplen con las recomendaciones de la metodología adherencia/ Total de paquetes instruccionales revisados)*100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
Direccional	Gestión de Desempeño Institucional	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión institucional	Elaborar y presentar una propuesta normativa ante las instancias pertinentes que defina el régimen legal Instituto Nacional de Cancerología ESE al año 2019	Socialización de propuesta normativa en comité directivo	1,85%	Directora General Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Tareas Especificas						1							Acta de comité directivo donde se evidencie la socialización de propuesta normativa	Acta de comité directivo donde se evidencie la socialización de propuesta normativa	Eficacia	Asesor Jurídico Externo				
				Elaborar y presentar una propuesta normativa ante las instancias pertinentes que defina el régimen legal Instituto Nacional de Cancerología ESE al año 2019	1,85%	Directora General Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Proyectos especiales											1		Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes	Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes	Eficacia	Asesor Jurídico Externo				
Apoyo	Gestión Estratégica del Talento Humano	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.	Elaborar y presentar al Ministerio de Salud y protección Social 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.	1,85%	Directora General Asesor Jurídico Subdirector Administrativo y Financiero Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo de Talento Humano	Calidad											1		Documento elaborado y presentado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Documento elaborado y presentado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección Administrativa y Financiera				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO				
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis			
Misional	Docencia	Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Contar con estudio de factibilidad al año 2020	Elaborar el estudio de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	1,85%	Subdirector Administrativo y Financiero Asesor Asesor Financiero Coordinadora Grupo Area Docencia	Proyectos especiales											1		Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC elaborado	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Docencia							
	Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad												Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).	Promedio de cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG	Efectividad	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
	Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	1,85%	Asesor de Calidad Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero	Calidad												Informe de autoevaluación de habilitación	Informe de autoevaluación de habilitación	Eficacia	Asesor de Calidad								
	Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Realizar el plan de intervención de acreditación con base en el informe de acreditación - ICONTEC	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad				Min. 80% Est. 90% Máx. 100%							Min. 80% Est. 90% Máx. 100%		Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas en el periodo.)/[Total de acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo.] * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad						
																	100%					Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación (acumulado)	(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas)/[Total de acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo.] * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad					
								1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad										1		Solicitud otorgamiento por parte del INC ante el ente acreditador	Evidencia de solicitud de otorgamiento ante el ente acreditador	Eficiencia	Asesor de Calidad					
																							Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas.	(Número de acciones de mejora cerradas en el periodo.)/[Total de acciones de mejora programadas para cerrar en el periodo.] * 100	Eficiencia	Técnico Administrativo Calidad				
								Realizar seguimiento al cierre de las acciones de mejoramiento institucionales	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad												Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los 14 líderes de proceso	Reporte trimestral realizado y enviado a los 14 líderes de proceso	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional.	Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	1,85%	Coordinador Grupo Área Tecnologías de Información Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Profesional de Comunicaciones Coordinador Grupo Trabajo Social Coordinador Grupo Área Análisis de Datos Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad											1	Procedimiento publicado y socializado	Procedimiento publicado y socializado	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
				Cumplir con oportunidad con los reportes normativos	1,85%	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec.2193 a más tardar el 30 de enero)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec. 2193 y Res. 4505 a más tardar el 30 de marzo)	100% (Res.1552 10 primeros días de cada mes Dec. 2193 y Res. 4505 a más tarde el 30 de abril)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res.1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec.2193 y Res. 4505 a más tardar el 30 de octubre)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res.1552 10 primeros días de cada mes)	Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares (De acuerdo a los periodos que exija la norma)	Número de reportes normativos entregados en el periodo / Total de reportes normativos a enviar	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas						
				Asegurar la estrategia de capacitación y apropiación en uso de SIAI.Capacitar a usuarios de 60 grupos institucionales SIAI.	1,85%	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad						34%					67%	Porcentaje de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI(60 grupos)	(Número de capacitaciones de SIAI / 60)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Lograr un índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción mayor al 80%	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad								>=80%			Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG)	Calificación de la política de transparencia Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2019	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad												Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
				Actualizar planes transversales	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad										100%	Planes, programas, y proyectos actualizados	(Número planes, programas, proyectos actualizados / Total de planes, programas y proyectos institucionales)*100	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
				Medir el impacto de la gestión de proyectos a nivel institucional	1,85%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad				Min. 70% Est. 85% Max. 100%		Min. 70% Est. 85% Max. 100%		Min. 70% Est. 85% Max. 100%		Min. 70% Est. 85% Max. 100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos	Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos*100	Eficacia	Profesional Especializado Planeación (Proyectos)						

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad												100%	Porcentaje de implementación del sistema de gestión basado en riesgos	(Número de actividades realizadas del sistema de gestión basado en riesgos de acuerdo al procedimiento de gestión de riesgos/Total de actividades del procedimiento de gestión de riesgos)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Identificar por lo menos un riesgo por cada paquete instruccional	1,85%	Referente seguridad del Paciente Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad						1							Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional	Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional	Eficacia	Referente Seguridad del Paciente				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información	Realizar seguimiento a los riesgos institucionales tratados	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad						Min. 70% Est. 80% Máx. 100%						Min. 70% Est. 80% Máx. 100%	Proporción de riesgos tratados en el INC	(Número total de Riesgos Tratados en el INC en el periodo)/(Número total de Riesgos identificados en el INC en el mismo periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Control Interno	Calidad						Min. 90% Est. 95% Máx. 100%						Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos	(Número de auditorías internas y seguimientos ejecutados en el periodo)/(Número Total de auditorías internas y seguimientos programados en el periodo)*100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional	Ejecutar el plan de protección del riesgo jurídico institucional	1,85%	Asesor Jurídico	Calidad						100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional	(Número de actividades ejecutadas del plan de protección del riesgo jurídico del periodo / Total de actividades programadas del plan de protección del riesgo jurídico para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Jurídico				
				Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario	1,85%	Asesor Control Interno Disciplinario	Calidad						100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario	(Número de actividades ejecutadas plan de gestión de control interno disciplinario del periodo / Total de actividades programadas del plan de gestión de control interno disciplinario para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Control Interno Disciplinario				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	Cumplir al 100% el plan de humanización	Cumplir al 100% el plan de humanización	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Asesor de Calidad Referente de Humanización del INC	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	(Número de actividades ejecutadas del programa de humanización para el periodo/Total de actividades programadas del programa de humanización para el periodo)*100	Eficacia	Referente de humanización del INC				
Dirección	Imagen Corporativa	Desarrollar el plan de responsabilidad social	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad			Min. 80% Est. 90% Máx. 100%			Min. 80% Est. 90% Máx. 100%			Min. 80% Est. 90% Máx. 100%			Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de responsabilidad social	(Número de actividades ejecutadas del plan de responsabilidad social / Total de actividades programadas del plan de responsabilidad social)*100	Eficacia	Asesor de Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FÓRMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE 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)	Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación)	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad											30%	Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad - acumulativo	(Número de actividades ejecutadas de comunicación asequible / Número de actividades programadas de comunicación asequible para población en condición de discapacidad)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					
				Cumplir el plan de comunicación institucional	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de acciones comunicativas	(Número de acciones comunicativas realizadas para el periodo/Total de acciones comunicativas solicitadas para el periodo)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones				
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%	Realizar ahorro en prensa gratis más que el año inmediatamente anterior	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad											>=30%	Ahorro en prensa gratis 30% más que el año inmediatamente anterior	valor en pesos de ahorro en prensa gratis.	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					
				Realizar seguimiento a la figuración general den medios de comunicación	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad											>=63 menciones	Promedio de figuración general en medios de comunicación	Número de menciones en medios de comunicación	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	Medir el nivel de uso de los canales formales internos de comunicación	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad						Min. 80% Est. 90% Máx. 100%					Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de uso de canales de comunicación	(Número de pacientes o familiares que usan los canales formales internos / Número depacientes o familiares a los que se aplico la encuesta)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	Medir la cobertura en el uso de los canales formales internos de comunicación	1,85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad						Min. 80% Est. 90% Máx.100%					Min. 80% Est. 90% Máx.100%	Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos	(Número de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos / Número de funcionarios y colaboradores a los que se aplico la encuesta)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					
				Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	1,85%	Director General Asesor Cooperación Internacional Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Subdirector de Atención Médica y Docencia	Calidad				1								Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado	Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado	Eficacia	Asesor cooperación internacional					
				Ejecutar el plan de cooperación aprobado para la vigencia										100%			100%		100%	Porcentaje de ejecución del plan de cooperación	(Número de actividades ejecutadas del plan de cooperación / Total de actividades programadas para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor cooperación internacional				
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	Gestionar convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	1,85%	Director General Asesor Cooperación Internacional Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Subdirector de Atención Médica y Docencia	Calidad										4	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Eficacia	Asesor cooperación internacional						
				Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	1,85%	Asesor Cooperación Internacional	Calidad						1						Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	Número de participaciones en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	Eficacia	Asesor cooperación internacional					
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	Ejecutar el plan de fomento de la cultura del autocontrol con enfoque hacia la prevención	1,85%	Jefe Oficina Control Interno Médico Especialista Control Interno	Tareas Especificas			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de autocontrol/ Número de actividades programadas para el fomento de la cultura del autocontrol	Número de actividades programadas y ejecutadas para el fomento de la cultura del autocontrol/ Número de actividades programadas para el fomento de la cultura del autocontrol	Eficacia	Jefe Oficina Control Interno					
																		Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención.	Número de dependencias capacitadas en cultura de autocontrol con enfoque a prevención / Total de dependencias programadas para la vigencia * 100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno					
cción	orporativa	Disponer de información oportuna y actualizada de la	Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de	Mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	1,85%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas											1	Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Imagen Corporativa	capacidad instalada institucional	la maximización de la capacidad instalada institucional	Socialización en comité directivo de la ficha de capacidad instalada hospitalaria	1,85%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas						1						Acta de comité directivo de la socialización ficha de capacidad instalada hospitalaria	Acta de comité directivo	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
Dirección	Imagen Corporativa	Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional	Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional	Elaborar el plan de producción de ventas institucional de acuerdo a la capacidad instalada	1,85%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas						1						Plan de producción y ventas institucional	Plan de producción y ventas institucional	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	Realizar evaluación de guías de práctica clínica	1,85%	Asesor de Calidad	Calidad											>=80%	Porcentaje de adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC)	Número total de hc de las unidades funcionales que cumplen las recomendaciones de GPC evaluadas / Total de historias clínicas revisadas de las unidades funcionales	Eficacia	Coordinadora Grupo Guías y Protocolos					
				Hacer seguimiento al cumplimiento del PAMEC	1,85%	Asesor de Calidad	Calidad												>=85%	Porcentaje cumplimiento PAMEC	(Sumatoria de los porcentajes de cumplimiento de las líneas de alcance del PAMEC evaluadas)/(Número de líneas de alcance en el PAMEC evaluadas) * 1	Eficacia	Profesional Universitario Calidad				
				Hacer seguimiento al producto no conforme (asistenciales-servicios, Salud Pública e Investigaciones)	1,85%	Asesor de Calidad	Calidad	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	Porcentaje de Gestión del servicio no conforme	Servicio no conforme gestionado)/(Total servicio no conformes identificados) * 100	Eficacia	Profesional especializado Asesoría Calidad					
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	Hacer seguimiento a los resultados de la calidad de la historia clínica	1,85%	Asesor de Calidad	Calidad		>=80%		>=80%		>=80%		>=80%		>=80%		Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)	(Sumatoria de porcentajes de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la HC)/(Total de historias clínicas auditadas y calificadas) * 1	Eficacia	Profesional Universitario Calidad					
																		>=80%	Reporte indicador Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)- 15 servicios y Cpred	(Suma de porcentajes cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la HC en el servicio)/(Total de historias clínicas auditadas y calificadas en el servicio) * 1	Eficacia	Profesional Universitario Calidad					
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer.	Medir y mejorar el centro de gestión integral del paciente en el INC	Medir la satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos en el INC	1,85%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes	(Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la institución / Número total de encuestas aplicadas - calidad)*100	Eficacia	Técnico Oficina de Calidad					
							Calidad	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Reporte indicadores de satisfacción (20 UFT y sede Cpred)	(N° Total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos)/(N° Total de encuestas aplicadas en el servicio) * 100	Eficacia	Técnico Oficina de Calidad					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	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.	Realizar actualización de la pagina web institucional de acuerdo a los criterios de accesibilidad y micrositos requeridos	1,85%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional de Comunicaciones Profesional Especializado de Comunicaciones Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Proyectos especiales									1				Evidencia de actualización y rediseño de la página web institucional	Evidencia de actualización y rediseño de la página web institucional	Eficacia	Profesional Especializado de Comunicaciones				
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual del macroproyecto de mejoramiento	1,85%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Optimización De Recursos						40%						100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de mejoramiento	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de mejoramiento	Eficiencia	Profesional Universitario Oficina Asesora Planeación y Sistemas				
										10%																	
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Directora General Subdirecciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Mapa de riesgos del proceso GSI actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Hacer tratamiento a los riesgos	1%	Directora General Subdirecciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Calidad			100%			100%			100%		100%		Proporción de riesgos Tratados del proceso GSI	(Número de requisitos de seguimiento y monitoreo de riesgos del proceso GSI cumplidos en el periodo / Número total de requisitos de seguimiento y monitoreo de riesgos del proceso GSI evaluados) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Directora General Subdirecciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Calidad			100%			100%			100%		100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI	(Numero de indicadores de proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	2%	Directora General Subdirecciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Calidad			100%			100%			100%		100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA de proceso GSI	(Numero de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Cerrar oportunamente las acciones de mejora	2%	Directora General Subdirecciones Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Jefe Oficina de Control Interno Asesores	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GSI / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GSI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
				Documentar al 100% las visitas de referenciación realizadas	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno	Calidad						Min. 40% Est. 50% Máx. 60%						Min. 40% Est. 50% Máx. 60%	Porcentaje de acciones de mejoras implementadas por referenciación	(Número de oportunidades de mejoras implementadas)/(Número de oportunidades de mejoras identificadas en la referenciación) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad									Min. 80% Est. 90% Máx.100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad				
																				Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales	(Número de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de políticas institucionales / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad				
																				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GSI / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GSI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad				
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Control Interno Asesores	Calidad													Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
																				Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de planes priorizados / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	(Número de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de planes priorizados / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
																				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GSI / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GSI)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Ayoyo	Gestión Financiera	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.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Control Interno Asesores	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GSI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

OBSERVACIONES
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Dirección General

LINA MARIA TRUJILLO
Subdirectora General de Atención Médica y Docencia

ADRIANA PATRICIA HERNANDEZ BAQUERO
Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas

JUAN JOSE PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

MARTHA LUCIA SERRANO
Subdirectora General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y

MONICA LILIANA PINTO
Asesora de Calidad

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		CÓDIGO:		GSI-P01-F-03							
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VERSION:		02							
																				VIGENCIA:		31-05-2019							
En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																				VIGENCIA DEL POA:		2020							
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.																				VERSION:		1							
Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																				PERIODO DE EVALUACIÓN:									
Planificar y controlar las actividades relacionadas con obras nuevas, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.																													
Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																													
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO			
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis		
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores		Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores (de los cuales GTH sea supervisor)	1,8%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Tareas específicas						100%							Porcentaje de términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores	(Número de contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios de GTC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
		Fidelizar el talento humano institucional		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).	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Tareas específicas			80%				80%			80%		80%	Porcentaje de funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentación	Número de funcionarios atendidos en el comedor en el periodo / Número de funcionarios que solicitan el servicio de l comedor (450) *100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
Misional	Docencia	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2020	Plan de intervención de mejorar las condiciones de los puestos de trabajo para los empleados (puestos de trabajo, lockers, dispensadores de agua)	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC	(Número de actividades ejecutadasde de áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC / Número de actividades programadas de áreas físicas dotadas y adecuadas para actividades académicas y de bienestar de estudiantes y docentes del INC) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
Apoyo	Infraestructura, gestión básica y gestión ambiental	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	Elaborar el plan institucional de mantenimiento preventivo 2021	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad									1				Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo subido en SIAPINC y entregado en Secretaría de Salud	Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo subido en SIAPINC y entregado en Secretaria de Salud	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
				Ejecutar con calidad y oportunidad el plan institucional de mantenimiento preventivo infraestructura	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo	(Numero de actividades realizadas en el periodo/Número actividades programadas en el periodo)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje en la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo	(Número de solicitudes realizadas /Total de solicitudes recibidas en el periodo)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
														1									1	Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo	Informe de impacto de actividades de mantenimiento predictivo y preventivo en el mantenimiento correctivo.	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento		
				Realizar el diagnostico de requerimientos de la implementación de las transacciones de SAP relacionadas con mantenimiento predictivo y preventivo (Fase I)	1,8%	CoorCoordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura Coordinador Grupo Gestión de Tecnologías de Información	Calidad													1	Diagnostico de requerimientos de la implementación de las transacciones de SAP relacionadas con mantenimiento predictivo y preventivo	Diagnostico de requerimientos de la implementación de las transacciones de SAP relacionadas con mantenimiento predictivo y preventivo	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento					
biental				Identificar y reportar los eventos por mal uso de la infraestructura	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad				100%			100%					100%	Porcentaje de reporte de los eventos por mal uso de la infraestructura	(Número de reportes de eventos por mal uso de la infraestructura gestionados/Total de reportes de eventos por mal uso de la infraestructura reportados)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
				Gestionar el 100% de eventos adversos e incidentes reportados en infraestructura y ambiente físico	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad				100%			100%			100%			100%	Porcentaje de gestión de eventos e incidentes atribuibles a infraestructura y ambiente físico	(Número de eventos adversos e incidentes asociados a infraestructura gestionados / Total de eventos adversos e incidentes asociados a infraestructura reportados) * 100	Eficiencia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento					
				Lograr que el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo sea menor a 5 días	1,8%	Coordinador Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	Sumatoria de días desde solicitud de mantenimiento hasta la fecha en que se realizó el mantenimiento correctivo / Total de solicitudes de mantenimiento correctivo	Eficiencia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Infraestructura, gestión hoteleira y gestión ambiental	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	Lograr que el tiempo de respuesta por parte del contratista cumpla con las estipulaciones del contrato	1,8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo (Contrato de mantenimiento integral)	Informe con los tiempos de respuesta de acuerdo a la categoría estipulada en los contratos Categoría A. Urgencias. Definidas según criterio del supervisor y que corresponden a situaciones que afecten gravemente la prestación de un servicio. Se deben resolver inmediatamente. Categoría B. Prioridad Alta: El tiempo de respuesta es de una a dos horas, de las solicitudes con prioridad alta durante los días hábiles al igual que los fines de semana y festivos para lo cual se debe contar con anterioridad con el personal disponible relacionado con el cronograma y programación exigidos por el Instituto. Se debe dejar reporte de la gestión realizada para ser entregado al Coordinador de Infraestructura del Instituto y en caso de festivos, fines de semana y horario nocturno o fuera del horario laboral, se deben reportar el primer día hábil laboral a primera hora. Se resuelve de una a dos horas.	Eficiencia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
				Ejecutar el 90% de las solicitudes de mantenimiento correctivo con oportunidad y calidad	1,8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura Proveedor servicio tercerizado de mantenimiento	Calidad	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Porcentaje de ejecución de las solicitudes de mantenimiento correctivo	(Número de ordenes ejecutadas en término /Total ordenes recibidas en el periodo) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
Apoyo	Infraestructura, gestión hoteleira y gestión ambiental	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	Realizar diagnóstico del plan preventivo de habilitación para el año 2020	1,8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro	Calidad											1		Informe diagnóstico preventivo de habilitación actualizado	Un informe diagnóstico preventivo de habilitación actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
Apoyo	Infraestructura, gestión hoteleira y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.	Ejecutar la Fase III Señalización Informativa, restrictiva y preventiva en el INC	1,8%	Coordinador Grupo Area Gestión Hoteleira y Ambiental - Comunicaciones	Proyectos especiales									1				Plan de señalización integral e inclusiva actualizado	Plan de señalización integral e inclusiva actualizado	Eficiencia	Técnico Administrativo de Obras				
																		50% Acumulado con 2019		Porcentaje de cumplimiento de señalización integral e inclusiva en la fase III	(Número de áreas con estándares de señalización integral e inclusiva en la fase III / Total áreas del Instituto definidas para la vigencia)*100	Eficiencia	Técnico Administrativo de Obras				
				Actualizar y cumplir al 100% con las acciones del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	1,8%	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		PIGA actualizado en el Siapinc	PIGA actualizado	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro				
				Cumplir con las actividades de los servicios tercerizados de vigilancia, aseo, alimentos, ropería y la PTAR	1,8%	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro	Tareas Específicas			5			5			5			5	Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR	Número de Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hoteleiro (uno por cada servicio)	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro				
				Gestionar el 100% de los siniestros institucionales	1,8%	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro	Calidad			1			1			1			1	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro				
																		100%		Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC	(Sumatoria del porcentaje de implementación de las tecnologías ahorradoras definidas para la vigencia/ Total de tecnologías ahorradoras definidas para la vigencia)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
Apoyo	Infraestructura, gestión hoteleira y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, 2 vertimientos, tecnologías ahorradoras reciclaje, plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro.		1,8%	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Optimización De Recursos											3		Número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC	Número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
																		1% per cápita comparado con el año anterior		Reducción de consumo en los servicios de agua, energía y servicio de aseo con la implementación de seis (6) tecnologías	(Consumo per cápita año anterior - consumo per cápita año actual) / Consumo per cápita año anterior*100	Eficacia	Profesional Universitario Gestión Ambiental y Soporte Hoteleiro				
													1							Plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas	Plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
Apoyo	Infraestructura, gestión hoteleira y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Diseñar e implementar al 100% plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas	Realizar, aprobar y ejecutar el plan integral de accesibilidad universal institucional para pacientes, usuarios, funcionarios y demás partes interesadas	1,8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Proyectos especiales													Porcentaje de ejecución del plan integral de accesibilidad	(Número de actividades del plan integral de accesibilidad realizadas/ Total de actividades del plan de integral de accesibilidad programadas para la vigencia)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis	
Apoyo	Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Actualizar y ejecutar el 100% anual el macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, adaptándonos a las guías, normas vigentes, teniendo en cuenta la capacidad instalada, plan médico arquitectónico PMA, plan de regularización y manejo PRM de acuerdo con el plan especial de manejo y protección PEMP	Realizar la formulación del plan de regularización y manejo (PRM), PMA Hospitalario de acuerdo con el PEMP. Sujeto a viabilidad legal	1.8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Tareas Especificas											2	Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP	Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP	Eficacia	Técnico Administrativo de Obras						
				Ejecutar el plan de obras del proyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE. Sujeto a viabilidad técnica, legal y financiera	2.7%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Proyectos especiales											1	Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes.	Actualización y aprobación del macroproyecto de ampliación, construcción reordenamiento y dotación del INC, con el acompañamiento de los entes de control y cumpliendo las normas vigentes.	Eficacia	Técnico Administrativo de Obras						
																				Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación	(Compromiso acumulado del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación/ macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
																				Porcentaje de avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC	Porcentaje de cumplimiento de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
				Gestionar licencias aprobadas de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad). Edificio de Hospitalización y Edificio de Patología	1.8%	Coordinador Grupo Area Gestión Hotelera y Ambiental	Proyectos especiales												2	Número de licencias aprobadas de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad)	Número de licencias aprobadas de las requeridas para las obras (edificio administrativo, edificio de hospitalización, edificio de patología, puentes y corredor de servicios, nuevo edificio ambulatorio – sujeto a viabilidad)	Eficacia	Técnico Administrativo de Obras					
Apoyo	Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	1.8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habitación que apliquen a infraestructura	(Número de estándares de habitación de infraestructura que cumplen / Número de estándares de habitación de infraestructura que apliquen)	Eficacia	Profesional Universitario Asesoría de Calidad					
				Medir el nivel de satisfacción del servicio de mantenimiento correctivo al 90%	1.8%	Coordinador Gupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura. Proveedor servicio tercerizado de mantenimiento	Calidad					>=90%								>=90%	Porcentaje de satisfacción del servicio de mantenimiento	(Número de encuestas satisfactorias/ Total de encuestas realizadas)* 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión del Mantenimiento				
				Medir la satisfacción del Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) en 95%	1.8%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 90% Est. 95% Máx. 100%								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria)	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de aseo en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de aseo) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Medir el cumplimiento de los ítems de limpieza y desinfección	1.8%	Coordinador Grupo Area Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 90% Est. 95% Máx. 100%								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección	(Número de ítem de cumplimiento/ (Total de ítem evaluados) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Medir la satisfacción en servicio de vigilancia	1.8%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 90% Est. 95% Máx. 100%								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia	(Número de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de vigilancia en la Institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir la satisfacción del servicio de vigilancia) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Medir la satisfacción del servicio de Alimentos para pacientes y funcionarios	1.8%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 90% Est. 95% Máx. 100%								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes	(Número de respuestas excelente y bueno/ Total de preguntas realizadas en la encuesta de satisfacción) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Medir la satisfacción del servicio de lavandería y ropería para pacientes y funcionarios	1.8%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 90% Est. 95% Máx. 100%								Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de Satisfacción servicio de Lavandería	(Número de respuestas Excelente y buena /Total de preguntas realizadas (Número de encuestas aplicadas *4)) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Medir el porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado	1.8%	Coordinador Grupo Área Gestión Hotelera y Ambiental	Calidad					Min. 1% Est. 3% Máx. 5%								Min. 1% Est. 3% Máx. 5%	Porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado	(Relación de registros diarios de ropa entregada por el Contratista /(Relación de registros diarios de ropa devuelta generada por el Instituto) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO					
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis				
Apoyo	Gestión de la Tecnología	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	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	1,8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Tareas Especificas										1		Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud	Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud	Eficacia	Profesional especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica									
																		1		Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud	Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud	Eficacia	Profesional especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica								
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer	Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer	1,8%	Subdirección Administrativa y Financiera Grupo Ingeniería Clínica Subdirección de Atención Médica y Docencia Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad											100%	Proporción de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias en Salud (ETES) realizadas	(Número de evaluaciones de tecnología en salud realizadas por periodo / Número de evaluaciones programadas por periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos									
											1								Procedimiento de vigilancia tecnológica con tecnología clínica actualizado en SIAPINC	Procedimiento de vigilancia tecnológica con biomédica actualizado en SIAPINC	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos									
																	1		Procedimiento actualizado con los criterios para evaluación tecnológica de equipos de investigación	Procedimiento actualizado con los criterios para evaluación tecnológica de equipos de investigación	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos									
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) 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%	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%	1,8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad										50%		Porcentaje de adquisición de tecnologías incorporadas	(Número de equipos adquiridos en el año vigente / Numero total de equipos planeados en el año vigente)*100	Eficacia	Profesional especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica									
																				Reducción del índice de obsolescencia	Índice de obsolescencia del periodo anterior - Índice de obsolescencia del periodo actual	Eficacia	Profesional especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica								
																			100%	Proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas	(Número de tecnologías evaluadas/Número de Tecnologías incorporadas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos								
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metroológico	Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metroológico	1,8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad										1		Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados)	Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados).	Eficacia	Profesional Grupo Gestión de Tecnología Clínica									
								Min. 90% Est. 95% Max. 100%												Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos	(Número de equipos médicos con Mantenimiento Preventivo cumplido /Número de equipos médicos programados para Mantenimiento Preventivo)*100	Eficacia	Tecnologo operativo Grupo Gestión de Tecnología Clínica								
							Calidad													Min. 90% Est. 95% Max. 100%		Porcentaje de equipos biomédicos con contrato de mantenimiento vigente	(Número de equipos biomédicos con contrato de mantenimiento)/(Total de equipos biomédicos)*100	Eficacia	Profesional Grupo Gestión de Tecnología Clínica						
							Calidad																								
							Calidad																								
					1,8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad											1		Plan de aseguramiento metroológico	Plan de aseguramiento metroológico	Eficacia	Profesional Grupo Gestión de Tecnología Clínica								
																				Min. 90% Est. 95% Max. 100%	Porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metroológico	(Número de mediciones realizadas / Total de mediciones planeadas en la vigencia)*100	Eficacia	Profesional Grupo Gestión de Tecnología Clínica							

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) para la aseguramiento metrológico	Gestionar efectivamente el 100% de los incidentes y eventos adversos reportados	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos Referente de Seguridad del Paciente	Calidad											Cumplimiento de gestión de análisis de incidencias y eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos	(Número de incidentes y eventos adversos asociados al uso de equipos biomédicos reportados) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica						
				Cumplir con Oportunidad en el cierre de solicitudes de mantenimiento correctivo	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Min. 3 días Est. 6 días Máx. 8 días	Oportunidad en el cierre de solicitudes de Mantenimiento Correctivo de equipos biomédicos	(Sumatoria de días entre la asignación del aviso hasta el cierre de las solicitudes)/(Total de las solicitudes cerradas en el periodo)	Eficacia	Tecnologo operativo del grupo de tecnologia clinica								
				Cumplir con el tiempo de parada equipos biomédicos en máximo 8 días	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	Tiempo de parada sobre tiempo de uso	(Sumatoria tiempos de parada / Número de equipos biomédicos parados)	Eficacia	Tecnologo operativo del grupo de tecnologia clinica							
				Cumplir con el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Min. 1 hora Est. 3 horas Máx. 6 horas	Oportunidad en atención de solicitudes de mantenimiento correctivo	(Sumatoria de horas desde la solicitud hasta que se realice el diagnóstico de falla en el periodo/ Total de solicitudes diagnosticadas en el periodo)	Eficacia	Tecnologo operativo del grupo de tecnologia clinica							
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	2.7%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad			10%								Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	(Compromiso acumulado del macroproyecto en su componente de tecnología biomédica / Apropiación definitiva del macroproyecto en su componente de tecnología biomédica) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						
				Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)						10%						70%		100%	Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	Porcentaje de avance de actividades del macroproyecto de tecnología biomédica	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
				Gestionar el 100% de las especificaciones técnicas de los equipos biomédicos, incluidos en el plan de necesidades	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad							100%					Porcentaje de especificaciones técnicas elaboradas	(Número de especificaciones técnicas elaboradas que fueron programadas en el periodo)/(Número de especificaciones técnicas requeridas programadas en plan de necesidades)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica					
				Realizar la adquisición del 100% de lo establecido en la medición del índice de obsolescencia	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad											Min. 50% Est. 75% Máx. 100%	Porcentaje de equipos biomédicos renovados	(Cantidad de equipos biomédicos renovados)/(Número de equipos biomédicos aprobados en el plan de necesidades por obsolescencia)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Gestión de Tecnología Clínica					
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Optimizar la respuesta tecnológica de la institución a nivel de ingeniería clínica (equipos biomédicos y relacionados) para la atención integral del paciente con cáncer	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad									1		Informe diagnóstico de habilitación para dotación	Informe diagnóstico de habilitación para dotación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica						
																	100%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a dotación	(Número de estándares de habilitación de dotación que cumplen / Número de estándares de habilitación de dotación que apliquen)	Eficacia	Profesional Universitario Oficina de Calidad						
Apoyo	Gestión Financiera	Diseñar y desarrollar modelos alternativos para mejorar la producción, incentivar el talento humano y adquirir bienes o servicios.	Diseñar e implementar modalidades de adquisición, utilización o uso de bienes y servicios innovadoras	Presentar para aprobación el diseño de modalidad de comodatos	1.8%	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica	Calidad										1		Documento de diseño de modalidad de comodatos	Documento de diseño de modalidad de comodatos	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tecnología Clínica					
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad										1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC	Mapa de riesgos del proceso GTC actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad			100%			100%			100%		100%	Proporción de riesgos Tratados del proceso GTC	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GTC ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GTC) *100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargaue y análisis de indicadores del proceso GTC	(Numero de indicadores de proceso GTC con dato y análisis / Número total de indicadores de proceso GTC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargaue y análisis de indicadores POA del proceso GTC	(Numero de indicadores POA, proceso GTC con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTC	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GTC / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GTC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad									Min. 80% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GTC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Calidad									Min. 80% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GTC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GTC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GTC)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Apoyo	Gestión Financiera	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.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTC	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GTC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

OBSERVACIONES
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

RAFAEL FERNANDO URQUINA GUERRERO
Coordinador Grupo Area de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura

JANNETH SALAZAR VIRGUEZ
Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

ANDREA LISSET PÉREZ SALAMANCA
Coordinadora Grupo Gestión de Tecnología Clínica

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSJ-P01-F-03								
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2								
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019								
																					Página 1 de 1									
																					VIGENCIA DEL POA:	2020								
VISION: En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																				VERSIÓN:		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.																				PERIODO DE EVALUACIÓN:										
PROCESO: Gestión y Desarrollo del Talento Humano																														
OBJETIVO DEL PROCESO: Promocionar, mantener y proveer oportunamente el Talento Humano competente de conformidad con las necesidades de la institución.																														
LÍDER POA: Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano																														
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO				
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA									
Apoyo	Gestión del Talento Humano	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	Entregar nomina de planta dentro del cronograma establecido	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas	27-feb-20	24-feb-20	25-mar-20	24-abr-20	26-may-20	25-jun-20	27-jul-20	26-ago-20	26-sep-20	26-oct-20	26-nov-20	21-dic-20	Oportunidad de liquidación de salario personal de planta	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal de planta	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
				Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas		05-feb-20	04-mar-20	03-abr-20	05-may-20	04-jun-20	03-jul-20	04-ago-20	04-sep-20	06-oct-20	04-nov-20	4/22/2020 25/2/2020	Oportunidad de liquidación de salario a supernumerarios	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal supernumerarios	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
				Entregar ordenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido. (Inversión nación)	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas	26-feb-20	21-feb-20	22-mar-20	24-abr-20	22-may-20	22-jun-20	24-jul-20	24-ago-20	22-sep-20	22-oct-20	23-nov-20	23-dic-20	Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal de prestación de servicios (Nación)	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
				Entregar ordenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido (Administrados)	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas	30-mar-20	29-feb-20	27-mar-20	29-abr-20	29-may-20	26-jun-20	30-jul-20	29-ago-20	29-sep-20	30-oct-20	27-nov-20	28-dic-20	Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal de prestación de servicios (Administrados)	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
				Entregar facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Área Financiera, dentro de los términos establecidos	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	30 días, a partir de la fecha de ratificación de la factura	Oportunidad de la liquidación de honorarios a personal de externalizado	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal externalizado	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
Apoyo	Gestión del Talento Humano	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	Mantener actualizado el registro de historias laborales	2.19%	Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de registro de Historias Laborales	(Número de Historias laborales foliadas y registradas)/[Total de Historias laborales recibidas]*100	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
				Tramitar los bonos pensionales y actos administrativos dentro de los términos	2.19%	Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Proporción de actos administrativos realizados	(Número de actos administrativos realizados)/[Número de actos administrativos solicitados]*100	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano					
				Ejecutar y mantener en SAP el seguimiento y control de la programación de vacaciones	2.19%	Coordinador Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Tareas específicas													Informe de funciones de cruce de vacaciones	Informe de funciones de cruce de vacaciones	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
																				Informe de funciones de cruce de vacaciones	Informe de funciones de cruce de vacaciones	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano							
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días	Estandarizar el procedimiento de selección de talento humano	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas específicas			1										Documento de revisión y estandarización de procedimiento de selección	Documento de revisión y estandarización de procedimiento de selección publicado	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral							
				Realizar propuesta para contratación de perfiles de investigación	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Tareas específicas							1							Propuesta para contratación de perfiles de investigación	Propuesta para contratación de perfiles de investigación	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral						
				Realizar de invitaciones abiertas (contratistas)	2.19%	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral	Calidad	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Oportunidad en la ejecución de invitaciones abiertas (contratistas, persona natural)	(Sumatoria de días hábiles desde la elaboración de certificación hasta el ingreso - contratista / Total de invitaciones abiertas culminadas) * 100	Eficiencia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral								
				Realizar procesos de selección abiertas (planta)	2.19%	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral	Calidad	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Min:50 días Est: 55 días Max: 60 días	Oportunidad en los procesos de selección de talento humano de planta	(Sumatoria de días hábiles desde la elaboración de certificación hasta el ingreso - planta / Total de procesos de selección culminados) * 100	Eficiencia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral								
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%	Realizar seguimiento a las convocatorias desiertas	2.19%	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral	Calidad					1								Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas	Informe de seguimiento a las convocatorias desiertas	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral							
								Min: 30% Est: 45% Max: 50%										Min: 30% Est: 45% Max: 50%	Porcentaje de convocatorias desiertas	(Número de convocatorias desiertas/Total de convocatorias)*100	Eficiencia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral								
Apoyo	Asesoría Humano	Atraer el mejor talento humano	Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones	Diseñar el procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	2.19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Tareas específicas							1						Documento de procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	Documento de procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03							
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2							
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019							
																						Página 1 de 1								
1	Gestión del T	100.00%	de acuerdo con las normativas en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos.	Socializar el procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Tareas específicas											1	Socializar el procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	Evidencia de socialización del procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el INC	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Rediseñar el Plan de capacitación de acuerdo a los lineamientos normativos	2,19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad			1									Resolución y plan de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales	Resolución y plan de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales	Eficacia	Lider Grupo Ciclo de Vida Laboral								
																	1 Entrega a la dirección Plan 2021		Evidencias de entregas del Plan de capacitación a la dirección y a la comisión de personal	Evidencias de entregas del Plan de capacitación a la dirección y a la comisión de personal	Eficacia	Lider Grupo Ciclo de Vida Laboral								
				Implementar el plan de capacitación de acuerdo a los lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	2,19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad											100%	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en cada uno de sus ejes	(Número de actividades ejecutadas del plan de capacitación / Total de actividades programadas del plan de capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Realizar seguimiento a la ejecución del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES)	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad											Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES) de acuerdo al cronograma	(No. actividades ejecutadas del plan de capacitac. eje de proyectos de aprendizaje en equipos PAES)+(Número de actividades fuera del plan del eje PAE)(Total actividades programadas del plan capacita. en el eje de proyectos de aprendizaje en Equipo PAE) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
																	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Proyectos de Aprendizaje en Equipo (PAES)	(No. asistentes a las actividades del plan de capacita. en el eje de proyectos de aprendizaje en PAES)(Total Asist. programados a las act. del plan de capacita. en el eje de proy. aprendizaje en equipo PAES) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación									
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Realizar seguimiento a la ejecución del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad											1	Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público, entregado a la coordinadora de GTH	Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público, entregado a la coordinadora de GTH	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
																	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público de acuerdo al cronograma	(Nro de act. ejecutadas del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público)+(Número de actividades fuera del plan)(Total de act. progr. del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servicio público) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación									
																	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público	(Nro de asistentes a las act. del plan de capacita. en el eje de profesionalización del servidor público)(Total asist. progr. a las act. del plan de capacita. en el eje de profesionalización del servidor público) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación									
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Realizar seguimiento a la ejecución del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad											1	Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad, entregado a la coordinadora de GTH	Cronograma de actividades del plan de capacitación en el eje de profesionalización del servidor público, entregado a la coordinadora de GTH	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación								
																	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad de acuerdo al cronograma	(Nro de act. ejecutadas del plan de cap del eje de desarrollo de competencias laboral para la gestión)(Total de act. progr. del plan de capacita. el eje de desarrollo de competencias laboral para gestión) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación									
																	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de capacitación en el eje de Desarrollo de competencias laborales para la gestión de la calidad	(Nro de asist a las act del plan de cap en el eje de desarrollo de competencias laborales la gestión)+(Número de asistentes de la actividad fuera del plan)(Total de asist progr. a las act. del plan de capacitación en el eje de desarrollo de competencias l) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación									

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:		GSI-P01-F-03														
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:		2														
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:		31-05-2019														
																						Página 1 de 1																
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Realizar informe de capacitación por funcionarios (variables tiempo, nómina, costo de la capacitación)	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Tareas específicas								1			1		1	Informe de capacitación por funcionarios (variables tiempo, nómina, costo de la capacitación) entregado a la coordinadora de GTH	Informe de capacitación por funcionarios: 1. Número de funcionarios que asistieron a más de una capacitación 2. Costos de capacitación de funcionarios por nivel (tiempo, costo de capacitación, nómina)	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación														
				Medir la apropiación del conocimiento en las capacitaciones institucionales	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Tareas específicas											1			1		1	Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales	Informe de medición de apropiación de conocimiento en las capacitaciones institucionales	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación											
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Implementar y mejorar el plan de capacitación anual de acuerdo a lineamientos normativos y a las necesidades institucionales	Entregar oportunamente los resultados de la evaluación del desempeño laboral y concertación de compromisos (provisionales y carrera administrativa)	2,19%	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas específicas																															
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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).	Realizar el programa de incentivos y al esquema de reconocimiento	2,19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad																															
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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).	Ejecutar el programa de incentivos y esquema de reconocimiento	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad																															
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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).	Realizar el plan de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa (resolución)	2,19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad																															

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO:		GSI-P01-F-03									
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:		2									
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VIGENCIA:		31-05-2019									
																		Página 1 de 1											
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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).	Ejecución y cobertura de las actividades del plan de bienestar	2.19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad	1	1			1	1	1	1	1	1	1	Cronograma de actividades del plan de bienestar entregado a la coordinadora de GTH	Cronograma de actividades del plan de bienestar entregado a la coordinadora de GTH	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
								100%	100%			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de ejecución del plan de bienestar	(Número de actividades ejecutadas del plan de bienestar/Total de actividades del plan de bienestar programadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
								80%	80%			80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Porcentaje de cobertura de las actividades del plan de bienestar	(Número de asistentes a las actividades del plan de bienestar/Total de asistentes programados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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).	Medir el nivel de satisfacción de las actividades programadas del plan de bienestar por cada eje	2.19%	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación	Calidad	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%			Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Min.: 85% Est.: 90% Máx.: 100%	Porcentaje de satisfacción de las actividades del plan de bienestar	(Sumatoria de respuestas satisfactorias de las actividades realizadas de bienestar/total de preguntas respondidas en la encuesta de satisfacción de las actividades de bienestar)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Bienestar y Capacitación							
				Elaborar el plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Calidad		1 Plan SST 2020									1 Plan SST 2021	Resolución del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Resolución del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo							
																		100%	Porcentaje de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	(Número de actividades ejecutadas del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo / Total de actividades planeadas del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo							
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores (de los cuales GTH sea supervisor)	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores	2.19%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso GTH	Tareas específicas												100%	Porcentaje de términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTH que incluyen en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores	(Número de contratos de prestación de servicios de GTH que incluyen en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios de GTH)*100	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral						
																		1	Informe trimestral del cumplimiento de los lineamientos establecidos por GTH	Informe trimestral del cumplimiento de los lineamientos establecidos por GTH	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral							
																			1	Informe de auditoría a los socios estratégicos de los cuales que los coordinadores de GTH sean supervisores de contratos	Un informe de auditoría a los socios estratégicos de los cuales que los coordinadores de GTH sean supervisores de contratos, entregado a la coordinadora del grupo área	Eficacia	Líder Grupo Ciclo de Vida Laboral						
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	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 externa de personal	2.19%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Calidad												Linea base	Rotación del personal	(Número de trabajadores retirados)/((Promedio(cargos provistos al inicio+cargos provistos al final)/2))	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
				Definir los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa	2.19%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas												1	Documento con estrategias para disminuir el índice de rotación externa	Documento con estrategias para disminuir el índice de rotación externa	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
				Realizar informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación	2.19%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas												1	Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación	Informe de los 6 principales cargos con mayor índice de rotación, presentado a la coordinadora del grupo área	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano						
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Diseñar y ejecutar el 100% el plan de intervención de clima y riesgo institucional	Actualizar y ejecutar el plan de intervención clima y riesgo en las 2 causales de mayor impacto externas e internas	2.19%	Coordinador Grupo Área de Talento Humano Coordinador de Bienestar y Capacitación Coordinador Seguridad y Salud en el Trabajo	Calidad												1	Documento plan de intervención de clima y riesgo institucional	Documento plan de intervención de clima y riesgo institucional	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
																			40%	Porcentaje de ejecución el plan de intervención de clima y riesgo institucional	(Número de actividades ejecutadas del plan de intervención de clima y riesgo institucional / Total de actividades programadas el plan de intervención de clima y riesgo institucional)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir el ausentismo por las causas definidas en el 8% (de acuerdo con el diagnóstico institucional)	Desarrollar propuesta donde se definan los lineamientos para el control de las ausencias legales (de acuerdo con diagnóstico)	2.19%	Coordinador Grupo Área de Talento Humano Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Optimización de recursos													<=4%	Porcentaje de ausentismo por causas definidas	(Horas de ausencia por incapacidad laboral o común en el periodo)/(Número de horas hombre programadas en el periodo.) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo					
																			1	Propuesta donde se definan los lineamientos para el control de las ausencias legales	Propuesta donde se definan los lineamientos para el control de las ausencias legales	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
																			0,10	Variación de ausentismo por causas definidas	Resultado de ausentismo por causas definidas periodo anterior - resultados de ausentismo por causas definidas periodo actual	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:		GSI-P01-F-03													
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:		2													
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:		31-05-2019													
																						Página 1 de 1															
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Disminuir en 0,6 el índice frecuencia de accidentalidad institucional	Disminuir 0.15 la frecuencia de accidentalidad institucional frente al año anterior (Línea base 8.1)	2.19%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Productividad	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Min. 0 Est. 10 Max. 15	Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC	(Número de Casos Reportados)/240000(Número Total de Horas Hombre Trabajadas)	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo																
																								7.8	Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC	Índice de Frecuencia de Accidentalidad en el INC (resultado)	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo									
																											0.3	Diferencia en el índice frecuencia de accidentalidad institucional	Índice frecuencia de accidentalidad institucional del periodo anterior - índice frecuencia de accidentalidad institucional del periodo actual	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo						
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir en 6 el índice de severidad de los accidentes	Disminuir 1.5 el índice de severidad institucional frente al año anterior (Línea base 47)	2.19%	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Productividad	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Min. 0 Est. 90 Max. 100	Índice de severidad por accidente INC	(Número de Días Perdidos y Cargados)/240000(Número Total de Horas Hombre Trabajadas) * 1	Eficacia	Coordinador Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo															
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	2.19%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTH	Calidad											100%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares que aplique a talento humano	(Número de estándares de talento humano que cumplen / Total de estándares de talento humano que aplican)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad															
Dirección	Imagen corporativa	Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional	Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	Enviar al coordinador del grupo la planta actualizada los primeros 5 días hábiles de cada mes	2.19%	Técnico Operativo Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas			1		1		1		1		1	Acta o correo de notificación de la actualización realizada mensualmente notificando al coordinador grupo área y planeación	Acta o correo de notificación de la actualización realizada mensualmente notificando al coordinador grupo área y planeación	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano															
			Mantener actualizada y verificar que la herramienta de capacidad instalada en los temas relacionados con talento humano (planta y aliados estratégicos) los primeros 5 días hábiles de cada mes	Mantener actualizada y verificar que la herramienta de capacidad instalada en los temas relacionados con talento humano (planta y aliados estratégicos) los primeros 5 días hábiles de cada mes	2.19%	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas específicas			1		1		1		1		1		1	Documento de base de datos de capacidad instalada de planta y aliados estratégicos, en PDF firmado por coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano y coordinador del grupo planificación	Documento de base de datos de capacidad instalada de planta y aliados estratégicos en PDF firmado por coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano y coordinador del grupo planificación	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano													
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	1%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH actualizado versión 2020	Mapa de riesgos del proceso GTH actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación														
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo	Calidad					100%		100%		100%		100%	100%	Proporción de riesgos tratados del proceso GTH	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GTH ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GTH) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación														
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 95%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTH	Calidad					100%		100%				100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GTH	(Numero de indicadores de proceso GTH con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTH programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación														
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTH	Calidad					100%		100%			100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GTH	(Numero de indicadores POA, proceso GTH con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTH programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación															
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTH	Calidad					100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTH	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GTH / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GTH)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno													
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTH	Calidad												Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTH/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GTH)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad														

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03						
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2						
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019						
																						Página 1 de 1							
Directora	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocorrel	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritarios (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritarios (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTB	Calidad												Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GTB	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GTB/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GTB)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
Apoyo	Código Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos del proceso GTB	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso GTB	[No. de ítems del proceso GTB entregados en el periodo según cronograma]/[No. de ítems definidos en el periodo para el proceso GTB]*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual							

Observaciones:
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electr3nico por los respectivos l3deres.

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

ROSA MARÍA RODRÍGUEZ MOLANO
Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano

SANDRA PATRICIA ÁNGEL
L3der Grupo Ciclo de Vida Laboral

VÍCTOR TORRES MURILLO
Coordinador Grupo Bienestar y Capacitaci3n

ERICA POVEDA MONTAÑO
Coordinadora Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo

ROSA MARÍA RODRÍGUEZ MOLANO
Coordinador Grupo Planificaci3n, Remuneraci3n y Registro del Talento Humano

ELABOR3		REVIS3		APROB3	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeaci3n y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeaci3n y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeaci3n y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeaci3n y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeaci3n y Sistemas
Fecha:	31/05/2019	Fecha:	31/05/2019	Fecha:	31/05/2019

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03					
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		02					
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		31-05-2019					
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																			VIGENCIA DEL POA:		2020				
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.																			VERSIÓN:		1				
PROCESO:		Gestión de Tecnologías de Información																			PERIODO DE EVALUACIÓN:						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnología Biomédica, Tecnología de la información y la Comunicación (TICS) de acuerdo con las necesidades institucionales; con oportunidad, disponibilidad y eficacia que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.																									
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la información																									
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Actualizar y ejecutar al 100% el Plan estratégico de tecnologías de información (PETI).	Actualizar el documento PETI en el marco de la Arquitectura Empresarial de TI, incluido el plan de transformación digital	4%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad									1				Documento PETI actualizado	Documento PETI actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información				
				Implementar el PETI de acuerdo al cronograma del periodo	3%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad									50%			100%	Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma del periodo	(Número de actividades ejecutadas del PETI / Total de actividades programadas del PETI)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información				
				Formular el proyecto de laboratorio de Coreación para la innovación INC	2%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información. Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional especializado (Salud Pública)	Calidad											1	Cronograma de Plan de AE Actualizado	Cronograma de Plan de AE Actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información					
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	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	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	3%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad												100%	Porcentaje de ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI)	Número de equipos instalados / Número total de solicitudes aprobadas por TI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	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.	Realizar la actualización de la red y la transición al protocolo IPv6 FASE II	5%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad												100%	Porcentaje de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPv6 en el periodo	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de Redes e IPV6/Número de actividades programadas del proyecto de REDES E IPV6)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
				Implementar la ofimática OFFICE 365 FASE II (ONE DRIVE TEAMS)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad												100%	Porcentaje de implementación de la nueva ofimática	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de Implementación O365 Fase II/Número de actividades programadas del proyecto de Implementación O365 Fase II)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
				Renovación del sistema de telefonía	5%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad												100%	Porcentaje de implementación de la nueva Telefonía	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de Renovación Telefonía/Número de actividades programadas del proyecto de Renovación Telefonía)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
				Actualizar infraestructura de procesamiento (Radiología, Sistema BIS, Ampliación control de acceso otras Áreas(GAICA, esterilización, Central de Mezclas, Terraza, Radiofarmacia, Braquiterapia, Radioterapia, Portería Vehicular lote, comedor))	10%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad												100%	Porcentaje de avance de renovación tecnológica	(Número de equipos renovados e instalados / Número de equipos a renovar del plan) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
tecnología		Planear e implementar la transformación digital del	Implementar el 100% anual de los servicios	Implementar Servicios Digitales definidos en el plan GOV.CO, conforme a la gestión de cada uno de los responsables.	2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Planeación Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Coordinador Centro Gestión Integral al Paciente	Calidad												100%	Porcentaje de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano	(Número de tramites y Opa's definidos implementados para el periodo / Total de Número de tramites y Opa 's definidos para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO					
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis				
Apoyo	Gestión de la TI	Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información	Ejecutar Las actividades técnicas pertinentes a sistemas y seguridad de la información en el desarrollo del centro de gestión integral del paciente y en general a la línea de servicio al ciudadano de gobierno digital (líneas acceso, admisión, facturación y pago, agendamiento y consulta laboratorios en línea, encuestas y PQRS) en las fases que se viabilicen para el 2020.	3%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Planeación Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Coordinador Centro Gestión Integral al Paciente	Calidad											100%	Porcentaje de cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información)	(Número de actividades planeadas del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información) / Total de actividades del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información))*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Aplicaciones									
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Diseñar e implementar al 100% anual el plan de la seguridad y privacidad de la información	Actualizar el plan de la seguridad y privacidad de la información	3%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad											1	Actualizar Documento plan de la seguridad y privacidad de la información	Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información									
				Implementar el plan de seguridad y privacidad de la información en la fase II 2020 (incluyendo el componente del plan de riesgos)	5%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad													25%	50%	75%	100%	Porcentaje de implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE I	(Número de actividades ejecutadas del plan de seguridad y privacidad de la información FASE I / Total de actividades programadas del plan de seguridad y privacidad de la información FASEI)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información				
				Realizar las actividades técnicas para mantener la disponibilidad de los sistemas de TI por encima del 98%	15%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	>=98%	Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24)	(Número de minutos disponible 7x24 portal web/Total de minutos del mes del Sistema (43200) portal web)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
								Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)	(Número de minutos disponible 7x24/Total de minutos del mes del Sistema (43200))	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
								Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Min. 90% Est. 98% Máx. 100%	Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP	(Número de minutos disponibles/Total de minutos del mes)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
								<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	<=1500	Tiempo de repuesta infraestructura SAP	Tiempo de respuesta infraestructura SAP (Milisegundos)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
				Proteger la confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información	12%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad			Min. 93% Est. 96% Máx. 100%		Min. 93% Est. 96% Máx. 100%		Min. 93% Est. 96% Máx. 100%		Min. 93% Est. 96% Máx. 100%		Min. 93% Est. 96% Máx. 100%	Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos	(Número de acciones efectivas realizadas/Total de acciones necesarias para el tratamiento de programas maliciosos)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información									
								Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de actualizaciones críticas de seguridad aplicadas/Número de actualizaciones críticas liberadas en el mismo periodo	(Número de actualizaciones críticas de seguridad aplicadas/Número de actualizaciones críticas liberadas en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
								Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Porcentaje de vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo crítico solucionados dentro de periodo	(Número de vulnerabilidades y amenazas de seguridad solucionadas de tipo crítico) / Número total de vulnerabilidades y amenazas de seguridad de la información encontradas en el periodo de tipo crítico) periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información								
								Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Min. 70% Est. 80% Máx. 90%	Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda	[Número de requerimientos e incidentes solucionados antes de los 60 minutos]/[Total de requerimientos e incidentes por encima del 80% en el periodo] *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware								
Solucionar el 100% de los eventos relacionados con seguridad de la información dentro del periodo	5%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información	Calidad	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Porcentaje de eventos relacionados con seguridad de la información cerrados	(Número de anomalías de SI cerradas /Total de anomalías de SI encontradas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información												
				Implementar la fase final del software de Patología FASE II	3%	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Coordinador Grupo Patología Oncológica	Proyectos especiales										100%	Porcentaje de avance Implementación del software de Patología	(Número de actividades ejecutadas de la implementación del software de Patología /Total de actividades programadas de la implementación del software de Patología)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información										

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la trasformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas.	Ejecutar el proyecto de sistematización integral (Implementación sistema de información de patología Red LAN equipos activos IPV6 - Renovación FASE II - BI Work Flow para el proceso de contratación y compras FASE I Renovación Infraestructura SAP FASE I)	6%	Subdirector Administrativa y Financiera Jefe Oficina Asesora Planeación Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información Coordinador Grupo Área patología Coordinador Grupo Compras y Contratación Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas Coordinador Grupo Laboratorio Clínico Coordinador Grupo Análisis de Datos	Proyectos especiales												Porcentaje de avance de actividades del proyecto de sistematización integral	Porcentaje de cumplimiento de actividades del proyecto de sistematización integral	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información					
							Proyectos especiales													Porcentaje de ejecución de presupuesto el proyecto de sistematización integral	(Compromiso acumulado del proyecto de sistematización integral / Apropiación definitiva del proyecto de sistematización integral) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTI	Mapa de riesgos del proceso GTI actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
				Hacer tratamiento a los riesgos	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad										100%	Proporción de riesgos. Tratados del proceso GTI	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso GTI ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso GTI) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
		Lograr un desempeño institucional en el sector publico mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTI	(Numero de indicadores de proceso GTI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
			Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTI	(Numero de indicadores POA, proceso GTI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
			Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad													100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GTI	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GTI/ Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GTI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GTI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
Dirección	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	2%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTI/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GTI)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Apoyo	Gestión Financiera	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.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GTI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				
OBSERVACIONES																											
Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.																											

JUAN JOSÉ PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ
Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnologías de la Información

NILSA YANETH BERMUDEZ
Coordinadora Grupo Gestión de Aplicaciones

JENNIFER DAHANA GUTIERREZ
Coordinadora Grupo Gestión de Soporte Redes Y Hardware

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:	24/01/2020		Fecha:	24/01/2020		Fecha:	24/01/2020	

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO:		GSI-P01-F-03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:		2								
																		VIGENCIA:		31-05-2019								
																		Página 1 de 1										
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido																VIGENCIA DEL POA:		2020								
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																VERSIÓN:		1								
PROCESO:		Investigación																PERIODO DE EVALUACIÓN:										
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																										
LÍDER POA:		Coordinador Grupo Área Investigaciones																										
EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS	
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022)	Disfunde el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios	1%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Tareas específicas							1						Diffusión en una ciudad del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios	Evidencia de la difusión en una ciudad del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional	Articular el procedimiento de investigación con gestión de proyectos e implementar el proceso	3%	Subdirectora General de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Jefe oficina asesora de planeación y sistemas de información	Calidad				1									Procedimiento de investigación articulado con la gestión de proyectos institucional	Acta que evidencie la articulación de los procedimientos de investigación y gestión de proyectos	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Socializar el procedimiento y política actualizada del proceso de investigación a los grupos funcionales del INC (89 grupos del INC)	3%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Profesional Especializado Grupo área investigación (Monitoria)	Calidad							50%					100%	Porcentaje de cobertura de grupos socializados sobre el proceso y política de investigación	(Número de grupos del INC socializados/Total de grupos del INC 2020)*100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Medir la implementación del proceso y la política de investigación Fase I: Socialización = 33% POI	3%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Profesional Especializado Grupo área investigación (Monitoria)	Calidad											5		Estrategias desarrolladas para la implementación del proceso de investigación	Número de estrategias de socialización desplegadas	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Revisar y actualizar la política de investigación	Entregar el documento propuesto de la política de investigación a comité directivo	5%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Subdirectora General de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención	Tareas específicas				1									Acta de comité directivo con la presentación de la propuesta de la política de investigación	Documento de la propuesta de la política de investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones	
Obtener la aprobación de la resolución de la política de investigación por el comité directivo	3%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Subdirectora General de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Comité Directivo INC	Tareas específicas											1						Resolución de la política de investigación actualizada, aprobada	Resolución de la política de investigación actualizada, aprobada	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
Incrementar el cierre de proyectos hasta el 16%	2%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Profesional Especializado Grupo área investigación (Monitoria)	Productividad																62%	Porcentaje de estudios de investigación cerrados	(Número de estudios cerrados acumulados/Total de proyectos programados para cierre acumulados)*100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación		Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Profesional Especializado Grupo área investigación (Monitoria)	Productividad																100%		Porcentaje de proyectos que cumplen con las actividades del cronograma	(Número de proyectos que cumplen cronograma vigente de INV/Total de proyectos activos de INV)*100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Revisar y actualizar la política de investigación	Mantener el certificado de buenas practicas clinicas - BPC en investigación	1%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Presidente de Comité de Ética	Tareas específicas												1	Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador	Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto	Mejorar la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética	Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación técnico-científica de los proyectos de investigación en un 80%	4%	Presidente Comité de Ética	Tareas específicas										100%		Porcentaje de implementación de las estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación técnico-científica de los proyectos de investigación	(Número de estrategias implementadas para mejorar la oportunidad de la evaluación del comité de ética/Total de estrategias programadas del comité de ética)*100	Eficacia	Secretaría ejecutiva Comité de ética e investigación				
						Medir la oportunidad de la evaluación de los proyectos de investigación por parte del comité de ética en el año	1%	Presidente Comité de Ética	Calidad													Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética	Sumatoria de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité/Número de respuestas emitidas por el comité	Eficacia	Secretaría ejecutiva Comité de ética e investigación			
				Misional	Investigación	Mejorar la gestión del comité de ética en investigación y del comité editorial del Instituto	Mejorar la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité de publicaciones científicas INC	4%	Presidente de Comité de publicaciones científicas (Editorial) Profesional Especializado-Comité de publicaciones científicas	Tareas específicas												100%	Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	(Número de estrategias implementadas para mejorar la oportunidad de la evaluación del comité editorial/Total de estrategias programadas por el comité editorial)*100	Eficacia	Profesional Especializado-Comité de publicaciones científicas	
Medir la oportunidad de evaluación de las publicaciones por parte del Comité de publicaciones científicas (Editorial) en el año	1%	Presidente de Comité de publicaciones científicas (Editorial) Profesional Especializado-Comité de publicaciones científicas	Tareas específicas																		Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	Sumatoria de los días transcurridos entre el sometimiento y la aprobación del comité/Número de aprobaciones emitidas por el comité	Eficacia	Profesional Especializado-Comité de publicaciones científicas				

Handwritten signatures and initials:
 1. [Signature]
 2. [Signature]
 3. [Signature]
 4. [Signature]
 5. [Signature]
 6. [Signature]
 7. [Signature]
 8. [Signature]
 9. [Signature]
 10. [Signature]
 11. [Signature]
 12. [Signature]
 13. [Signature]
 14. [Signature]
 15. [Signature]
 16. [Signature]
 17. [Signature]
 18. [Signature]
 19. [Signature]
 20. [Signature]
 21. [Signature]
 22. [Signature]
 23. [Signature]
 24. [Signature]
 25. [Signature]
 26. [Signature]
 27. [Signature]
 28. [Signature]
 29. [Signature]
 30. [Signature]
 31. [Signature]
 32. [Signature]
 33. [Signature]
 34. [Signature]
 35. [Signature]
 36. [Signature]
 37. [Signature]
 38. [Signature]
 39. [Signature]
 40. [Signature]
 41. [Signature]
 42. [Signature]
 43. [Signature]
 44. [Signature]
 45. [Signature]
 46. [Signature]
 47. [Signature]
 48. [Signature]
 49. [Signature]
 50. [Signature]
 51. [Signature]
 52. [Signature]
 53. [Signature]
 54. [Signature]
 55. [Signature]
 56. [Signature]
 57. [Signature]
 58. [Signature]
 59. [Signature]
 60. [Signature]
 61. [Signature]
 62. [Signature]
 63. [Signature]
 64. [Signature]
 65. [Signature]
 66. [Signature]
 67. [Signature]
 68. [Signature]
 69. [Signature]
 70. [Signature]
 71. [Signature]
 72. [Signature]
 73. [Signature]
 74. [Signature]
 75. [Signature]
 76. [Signature]
 77. [Signature]
 78. [Signature]
 79. [Signature]
 80. [Signature]
 81. [Signature]
 82. [Signature]
 83. [Signature]
 84. [Signature]
 85. [Signature]
 86. [Signature]
 87. [Signature]
 88. [Signature]
 89. [Signature]
 90. [Signature]
 91. [Signature]
 92. [Signature]
 93. [Signature]
 94. [Signature]
 95. [Signature]
 96. [Signature]
 97. [Signature]
 98. [Signature]
 99. [Signature]
 100. [Signature]

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																									Página 1 de 1	
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Consolidar la red nacional de investigación (básica, clínica, epidemiológica y salud pública) en cáncer	Documento aprobado del funcionamiento de la red nacional de investigación desde le punto de vista institucional, por el comité científico	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones	Tareas específicas									1		Documento de la propuesta de funcionamiento de la red nacional de investigación	Documento de la propuesta de funcionamiento de la red nacional de investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Incrementar a 10 participantes de la red nacional de investigación (grupos de investigación e instituciones)	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Tareas específicas									10		Manifestación de compromiso para participación en la red nacional de investigación	Número de cartas de intención firmadas para participación en la red nacional de investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Consolidar banco de perfiles de ideas de proyectos de investigación con actores de la red	2%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Tareas específicas										1	Base de datos con consolidado de perfiles de ideas de proyectos de investigación con actores de la red	Banco de perfiles de ideas de proyectos de investigación con actores de la red	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cancer	Firmar acuerdo de cooperación internacional de investigación en cáncer	2%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Tareas específicas											1	Acuerdo de cooperación internacional de investigación en cáncer firmado	Documento de acuerdo de cooperación internacional de investigación en cancer firmado	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Realizar capacitaciones técnico científicas	2%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Tareas específicas										1	Número de capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones	Número de capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Proyectos de investigación nuevos nacionales (Min 1) internacionales (Min 1) con uso de muestras del BNTTF	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Director técnico del BNTTF Profesional Especializado BNTTF	Tareas específicas										2	Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF	Número de proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones Profesional Especializado BNTTF					
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales	Presentar perfiles de idea en SWOG	1%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Médico especialista Grupo investigación clínica (Investigador principal designado SWOG)	Tareas específicas											3	Perfil de idea presentado en SWOG	Número de perfiles de idea presentados en SWOG	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
Misional	Investigación	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar	Obtener la aprobación de 8 proyectos institucionales nuevos de investigación en el año	5%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de grupo SPB	Productividad											8	Número de proyectos de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación	Número de proyectos de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Obtener la aprobación de 4 proyectos extrainstitucionales nuevos de investigación en el año	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Productividad										4	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases II a IV)	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases II a IV)	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Realizar mínimo 40 ponencias de eventos científicos	5%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Productividad										40	Número de ponencias en eventos científicos	Número de ponencias en eventos científicos	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones					
				Lograr 30 artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas en total para la subdirección de Investigaciones	5%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de grupo SPB	Productividad											30	Número de artículos aprobados para publicación de la subdirección de investigaciones	Número de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado a investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				



Misional	Investigación	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	Mejorar la producción, calidad e impacto de las publicaciones científicas	Lograr 9 aceptaciones para publicación de artículos científicos en revistas indexadas ISI este año (para un total de 15 artículos entre el 2019 y 2020), del total de los artículos aceptados.	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de grupo SPB	Tareas específicas												9	Número de artículos científicos aprobados en revistas indexadas ISI, en la subdirección de investigaciones (del total de aprobados)	Número de artículos científicos aprobados en revistas cuartil (Q1 Q2, Q3, Q4) de ISI, por cada tiempo completo a la Subdirección de Investigación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones						
				Lograr la oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre	2%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Calidad												< = 18 meses	Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre	Sumatoria de los días transcurridos entre el inicio de la fase de cierre del producto y la fecha de aceptación de la publicación/artículos aceptados para publicación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones						
				Incrementar en 5% de las publicaciones indexadas internacionalmente (línea de base de 2018 - 29 artículos)	4%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de grupo SPB	Productividad												5%	Incremento porcentual de las publicaciones indexadas internacionales	((publicaciones indexadas en el periodo actual - publicaciones indexadas, en el periodo anterior) / publicaciones indexadas en el periodo anterior)*100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones						
Misional	Investigación	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación	Lograr 10% de incremento anual respecto a la vigencia anterior	1%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Optimización de recursos												10% incremento anual respecto a vigencia anterior	Porcentaje de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación	((recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año actual - recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año anterior) / Total de recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año anterior)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas						
				Realizar 3 o más postulaciones para obtención de recursos de fuentes externas	3%	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinadores de grupo SPB	Tareas específicas											>=3	Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
Misional	Investigación	Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCTI)	Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCTI)	Medir el factor de impacto de las revistas ISI del INC	4%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Productividad											Línea base	Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC	Sumatoria de resultados FI por revista en ISI / Total de artículos publicados de Investigaciones del INC	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones							
				Mantener el factor de impacto e integración del conocimiento (Google scholar)	5%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinadores de grupo INV	Productividad											>=3	Factor de impacto en integración del conocimiento (Medido Google Scholar)	Citaciones efectuadas en el año evaluado, de publicaciones realizadas en los dos años anteriores / Total de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones							
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual de los proyectos de inversión del proceso de INV	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Optimización de recursos				10%								10%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de investigación	(Compromiso acumulado del macroproyecto de investigación / Apropiación definitiva del macroproyecto de investigación)*100	Eficiencia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas						
												10%						10%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación	Eficiencia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Mapa de riesgos del proceso INV actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación							
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad					100%			100%			100%	Proporción de riesgos tratados del proceso INV	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso INV ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso INV) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación							
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad					100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso INV	(Número de indicadores de proceso INV con dato y análisis / Total de indicadores de proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad					100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso INV	(Número de indicadores POA proceso INV con dato y análisis / Total de indicadores POA INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación							

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:		GSI-PIE-MI						
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:		2						
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:		31-05-2019						
																						Página 1 de 1								
		GESTIÓN - IMPCO		Cerrar las acciones de mejora firmadas y cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso INV / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso INV)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno						
Dirección	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad													Min. 80% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso INV)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad						
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo - bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo - bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Calidad													Min. 80% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso INV / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso INV)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación						
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso INV	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso INV) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						

Observaciones:

Martha Lucía Serrano L.
MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ
Subdirectora General de Investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención

Maria Carolina Sanabria Salas
MARIA CAROLINA SANABRIA SALAS
Coordinador Grupo Área Investigaciones

Alba Lucía Combita Rojas
ALBA LUCÍA COMBITA ROJAS
Coordinadora Grupo Biología del Cáncer

Martha Lucía Serrano L.
MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ
Coordinadora Grupo Área Análisis de Datos (E)

Miguel Zamir Torres
MIGUEL ZAMIR TORRES
Coordinador Investigación Epidemiológica del Cáncer

Maria Teresa Vallejo Ortega
MARIA TERESA VALLEJO ORTEGA
Coordinadora Grupo Investigación Clínica

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	31-05-2019			Fecha	31-05-2019			Fecha	31-05-2019		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																						CÓDIGO:	GS-I-P01-F-03					
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																						VERSIÓN:	2					
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																						VIGENCIA:	31-05-2019					
																							Página 1 de 1						
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																						VIGENCIA DEL POA:		2020			
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.																						VERSIÓN:		2			
PROCESO:		Salud Pública																						PERIODO DE EVALUACIÓN:					
OBJETIVO DEL PROCESO:		Planear, implementar y evaluar las acciones en control del riesgo, diagnóstico temprano, tratamiento y cuidado paliativo, basadas en la vigilancia, investigación y análisis de situación para el control del cáncer en Colombia.																											
LÍDER POA:		Coordinador Grupo Área Salud Pública																											
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO			
																				NOMBRE	FORMULA			RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS		
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Transferir las capacidades a los investigadores para incorporar estrategias de innovación en los proyectos de investigación	Realizar seminario de innovación para investigadores	2%	Médico especialista del Grupo Área de Salud pública	Tareas específicas												1		Informe del seminario de innovación realizado	Informe del seminario de innovación realizado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública					
				Realizar un piloto en un proyecto de investigación que incorpore las estrategias y técnicas de innovación de acuerdo a estándares nacionales o internacionales disponibles	2%	Médico especialista del Grupo Área de Salud pública	Tareas específicas													1		Proyecto de investigación que incorpore las estrategias y técnicas de investigación de acuerdo a estándares nacionales o internacionales disponibles diseñado	Proyecto de investigación que incorpore las estrategias y técnicas de investigación de acuerdo a estándares nacionales o internacionales disponibles diseñado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
Misional	Salud Pública	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	Someter y obtener la aprobación 2 proyectos de investigación en control del riesgo en el 2020	3%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales												2		Carta de aprobación del comité de ética institucional de los proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer	Carta de aprobación del comité de ética institucional de los proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública					
				Estrategia para cesación de consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos implementada	2%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Calidad													1		Evidencia impresa de la estrategia para cesación de consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos implementada	Evidencia impresa de la estrategia para cesación de consumo de tabaco en niños, adolescentes y adultos implementada	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
				Diseñar una estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC y línea de base de la población fumadora en el INC	1%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Calidad													1		Documento con la línea de base y la estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC diseñada	Documento con la línea de base y la estrategia de cesación tabáquica para funcionarios y servidores del INC diseñada	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
Misional	Salud Pública	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	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	Concertar y socializar con el ministerio de salud y Protección Social las recomendaciones para la implementación del plan de recuperación de la confianza de la vacuna contra el VPH	4%	Coordinador Grupo Área Salud Publica	Tareas específicas				1									Documento con las recomendaciones diseñado y socializado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Documento con las recomendaciones diseñado y socializado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
				Rediseñar el programa del monitoreo de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino	3%	Coordinador de Prevención y Detección temprana	Calidad							1								Documento del programa para el monitoreo de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino	Documento del programa para el monitoreo de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
Misional	Salud Pública	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia	Diseño del Proyecto piloto para implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Cáncer Ocupacional (SIVECAO) presentado y aprobado ante el comité científico	2%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales												1		Documento con el proyecto piloto diseñado y evidencia de socialización y aprobación de comité científico	Documento con el proyecto piloto diseñado y evidencia de socialización y aprobación de comité científico	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública					
				Revisión de metodologías para la elaboración del Atlas de Cáncer ocupacional	2%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas específicas													1		Documentos con las metodologías para la elaboración del Atlas de Cáncer ocupacional revisadas	Documentos con las metodologías para la elaboración del Atlas de Cáncer ocupacional revisadas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
				Diseñar e implementar el Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia	4%	Coordinador Grupo Área Salud Publica	Tareas específicas							1								Documento del diseño metodológico del Observatorio Epidemiológico de cáncer de Colombia y socializarlo con instituciones involucradas del sector.	Documento del diseño metodológico del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia socializado con instituciones involucrada	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
Misional	Docencia	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	Realizar tres (3) cursos regionales de detección temprana de cánceres prioritizados, integrados con los cursos regionales de la subdirección medica	6%	Coordinador de Prevención y Detección temprana y Subdirección Medica y Docencia	Tareas específicas													Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres prioritizados realizados	Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres prioritizados realizados	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
Misional	Salud Pública	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 prioritizados	Realizar mínimo tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres prioritizados	3%	Coordinador de Prevención y Detección temprana	Tareas específicas												3		Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas	Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública					
Misional	Salud Pública	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	Realizar la visita para la implementación de programa de control de calidad en 4 instituciones pertenecientes al sistema de salud	3%	Coordinador de Prevención y Detección temprana	Tareas específicas													4		Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados	Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
				Realizar el diagnóstico de la situación de calidad de la mamografía en Colombia	3%	Coordinador de Prevención y Detección temprana	Tareas específicas													1		Documento con el diagnóstico de la situación de calidad de la mamografía en Colombia realizado	Documento con el diagnóstico de la situación de calidad de la mamografía en Colombia realizado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				
				Diseñar el modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos y presentación y aprobación por el comité científico	2%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas													1		Documento con el modelo diseñado y evidencia de presentación y aprobación ante el comité científico	Documento del Modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos diseñado y aprobado	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública				

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSIÓN:	2				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	31-05-2019				
																						Página 1 de 1					
Misional	Salud Pública	Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país	Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	Presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud una propuesta del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	2%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas						1			1		Acta de reunión con la Superintendencia Nacional de Salud con la presentación del Modelo de evaluación de seguimiento de servicios oncológicos	Acta de reunión con la Superintendencia Nacional de Salud con la presentación de la propuesta del Modelo de evaluación de seguimiento de servicios oncológicos	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
			Elaboración de 3 boletines de vigilancia tecnológica	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas				1					1		Boletines de vigilancia tecnológica entregados al Comité editorial	Boletines de vigilancia tecnológica entregados al Comité editorial	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
			Realizar 6 asistencias técnicas a entidades territoriales	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas						2				4	Acta de las asistencias técnicas a entidades territoriales	Acta de las asistencias técnicas a entidades territoriales	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
			Definir metodología al año 2020 y medir la oferta de talento humano en oncología del país para el 2022	Diseñar la metodología para medir la oferta de talento humano en oncología del país y tener la aprobación del Comité Científico	2%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad								1	Documento de la metodología diseñada y evidencia de sometimiento y aprobación del comité científico	Documento de la metodología diseñada y evidencia de sometimiento y aprobación del comité científico	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
			Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	Diseñar y aprobar el modelo ante el comité científico para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	3%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad							1		Documento de diseño y evidencia de aprobación del comité científico para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	Documento de diseño y evidencia de aprobación del comité científico para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
			Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología	Presentar ante el comité científico el programa institucional de tele oncología para aprobación	2%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad					1				Acta de presentación y probación del comité científico del programa institucional de tele oncología	Acta de presentación y probación del comité científico del programa institucional de tele oncología	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
				Iniciar el piloto del programa institucional de tele oncología	2%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Proyectos especiales								1	Documento con la experiencia piloto del programa institucional de tele oncología	Documento con la experiencia piloto del programa institucional de tele oncología	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
Misional	Salud Pública	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	Implementar 2 estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general	Iniciar el desarrollo de las GPC de cesación tabáquica y mieloma múltiple	2%	Médico Especialista Guías y Protocolos Coordinador Grupo Área Salud Pública	Calidad									1		Evidencia de inicio de elaboración de las GPC de cesación tabáquica y mieloma múltiple	Evidencia de inicio de elaboración de las GPC de cesación tabáquica y mieloma múltiple	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
Misional	Salud Pública	Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	Elaborar mínimo 2 guías de práctica clínica al año																								
Misional	Salud Pública	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer	Mantener los registros de pasto Bucaramanga, Barranquilla y Manizales	3%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas										4	Número de convenios de registros poblacionales firmados	Número de convenios de registros poblacionales firmados	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
			Mantener la vigilancia de la supervivencia poblacional en los cánceres priorizados en Colombia (mama, cuello uterino, estómago, colon y recto y próstata)	Evidenciar el aporte a los estudios de supervivencia por parte de al menos 2 registros poblacionales de cáncer	1%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas								2	Oficios de al menos dos registros poblacionales de cáncer con evidencia de aporte a los estudios de supervivencia de la IARC a noviembre de 2020	Oficios de al menos dos registros poblacionales de cáncer con evidencia de aporte a los estudios de supervivencia de la IARC	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
			Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente	Publicar el anuario estadístico 2017 y sometimiento del anuario estadístico 2018	4%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas				1					Anuario estadístico 2017 publicado en la web	Anuario estadístico 2017 publicado en la web	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
											1					Evidencia del sometimiento del anuario 2018	Evidencia del sometimiento del anuario 2018	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
Misional	Salud Pública	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	Incluir en Infocáncer la mortalidad del año 2018	Mejorar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocáncer	3%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas										1	Infocáncer con mortalidad 2018	Evidencia de Infocáncer con mortalidad 2018	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
					2%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas							1	Evidencia con la solicitud por parte del registro poblacional de cáncer de Cali para ser parte de Infocáncer e informes de Lucacian con el ajuste de la plataforma para el ingreso del registro	Evidencia con la solicitud por parte del registro poblacional de cáncer de Cali para ser parte de Infocáncer e informes de Lucacian con el ajuste de la plataforma para el ingreso del registro	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública									
Misional	Salud Pública	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	Brindar al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional	Realizar un taller de registros poblacionales	4%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas										1	Listas de asistencias y programa del taller realizado a los registros poblacionales	Listas de asistencias y programa del taller realizado a los registros poblacionales	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
			Implementar al menos dos (2) nuevos registros poblacionales y consolidar un registro poblacional a nivel nacional	Gestionar que los registros poblacionales de Medellín y Barranquilla sometan sus datos a la IARC 2020	1%	Coordinador Grupo Vigilancia Epidemiológica del cáncer	Tareas específicas								1	Evidencia de sometimiento de los registros poblacionales de Medellín y Barranquilla ante la IARC	Evidencia de sometimiento de los registros poblacionales de Medellín y Barranquilla ante la IARC	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública								
Misional	Salud Pública	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	Diseñar el proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo y presentar ante comité científico	2%	Coordinador de Políticas y Movilización Social	Calidad										1	Documento con el proyecto piloto diseñado y evidencia de presentación ante el comité científico	Documento con el proyecto piloto diseñado y evidencia de presentación ante el comité científico	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
Misional	Pública	Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al	Evaluar los resultados del plan decenal para el control del cáncer en el año 2021 con base en las fuentes de información secundarias disponibles	Diseñar la metodología con el ministerio de Salud y Protección Social para la evaluación de resultados del Plan Decenal para el control del cáncer e identificar las fuentes de información secundarias requeridas	4%	Coordinador Grupo Área de Salud Pública	Calidad										1	Documento con la metodología para la evaluación de resultados del Plan Decenal para el control del cáncer diseñada	Documento con la metodología para la evaluación de resultados del Plan Decenal para el control del cáncer diseñada	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública						
			Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el	Realizar (4) Cuatro acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	2%	Coordinador de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas							2		2	Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública							

GSI

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																										CÓDIGO:	GS-P01-F-03
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																										VERSIÓN:	2
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																										VIGENCIA:	31-05-2019
																												Página 1 de 1	
	Salud	Ministerio de Salud y Protección Social	de manera de conservación para el control del cáncer	Realizar dos acciones de replica a los medios de comunicación	2%	Coordinador de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas							1				1	Número de acciones de réplica radicadas ante los medios de comunicación	Número de acciones de réplica radicadas ante los medios de comunicación	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública							
			Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer	Realizar 4 documentos técnicos con la postura institucional con base en la información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos por el control del cáncer	2%	Coordinador de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas							2				2	Número de documentos técnicos radicados ante la entidad respectiva (Ministerio de Salud, congreso de la República o concejo Distrital	Número de documentos técnicos radicados ante la entidad respectiva (Ministerio de Salud, congreso de la República o concejo Distrital	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Área Salud Pública							
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	Mantener una ejecución presupuestal >=90% anual	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Optimización de recursos			10%				40%				100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública	(Compromiso acumulado ejecutado del macroproyecto de salud pública / Aprobación definitiva del macroproyecto de salud pública)*100	Eficiencia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
										10%				40%				100%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública	Eficiencia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad									1		Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB	Mapa de riesgos del proceso SPB actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas								
				Hacer tratamiento a los riesgos	2%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad			100%				100%		100%	Proporción de riesgos tratados del proceso SPB	(Número total de acciones de tratamiento de riesgos del proceso SPB ejecutadas en el periodo / Número total de acciones de tratamiento planeadas del mapa de riesgos del proceso SPB) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas									
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad			100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB	(Numero de indicadores de proceso SPB con dato y análisis / Total de indicadores de proceso SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad			100%				100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB	(Numero de indicadores POA proceso SPB con dato y análisis / Total de indicadores POA SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas									
				Cerrar las acciones de mejora firmadas y cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones concertadas por los líderes de los procesos	2%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso SPB	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso SPB / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso SPB)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno								
Dirección	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad											Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso SPB/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso SPB)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad								
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Calidad											Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso SPB	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso SPB/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso SPB)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
Apoyo	Gestión Financiera	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	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Coordinadores de Grupos Área y Grupos del proceso SPB	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente / (Número total de ítems definidos para el proceso SPB) * 100	(Número de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso SPB) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual								

OBSERVACIONES

Debido a la contingencia por el COVID 19, el POA fue aprobado por correo electrónico por los respectivos líderes.

MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ
Subdirectora General de Investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención

DEVI NEREIDA PUERTO
Coordinadora Grupo Área Salud Pública

JAIRO AGULERA LÓPEZ
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

GIANNA HENRIQUEZ MENDOZA
Coordinadora Grupo Políticas y Movilización Social

DEVI NEREIDA PUERTO
Coordinadora Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer (E)

CONSTANZA PARDO RAMOS
Coordinadora Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P01-F-03
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	2
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		VIGENCIA:	31-05-2019
			Página 1 de 1	

ELABORÓ				REVISÓ				APROBO			
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:	31-05-2019			Fecha:	31-05-2019			Fecha:	31-05-2019		