

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		CÓDIGO: G81P01-F-03													
PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VERSIÓN: 3													
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													
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: 17-12-2020													
Diagnóstico y estadificación																				VIGENCIA DEL POA: 2023													
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.																				VERSIÓN: 2													
Coordinador Grupo Área de Diagnóstico y Estadificación																				PERÍODO DE EVALUACIÓN:													
EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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								
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 paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad													100%	Porcentaje de adherencia de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE	$(\text{Paquetes instruccionales del proceso DYE con adherencia mayor o igual a 75\%}) / (\text{Total de paquetes instruccionales evaluados del proceso DYE}) * 100$	Eficacia	Referente seguridad del paciente											
			Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad			≥90%		≥90%		≥90%		≥90%		≥90%		≥90%	Porcentaje promedio de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la historia clínica (componentes de estructura y normatividad)	$(\text{Sumatoria de porcentajes de cumplimiento en el diligenciamiento de registros asistenciales en la HC}) / (\text{Total de historias clínicas auditadas y calificadas}) * 1$	Eficacia	Profesional especializado asesoría de calidad											
	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	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad						100%							100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	$(\text{Número de indicadores del programa de humanización con cumplimiento mayor o igual a 75\%}) / (\text{Total de indicadores del programa de humanización}) * 100$	Eficacia	Referente del programa de humanización											
																	2 (acumulativo)	Número de radiofármacos nuevos producidos para medicina nuclear (2022-2023)	Número de radiofármacos nuevos producidos para medicina nuclear (2022-2023)	Eficacia	Coordinador grupo radiofarmacia												
		Innovación en el servicio de medicina nuclear y radiofarmacia como estrategia para mejorar la competitividad (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	Coordinador grupo medicina nuclear Coordinador grupo radiofarmacia	Proyectos especiales									40%			70%		100%	Porcentaje de avance de actividades proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	Porcentaje de cumplimiento de las actividades 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 (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo medicina nuclear											
																	58%		100%	Porcentaje de ejecución de presupuesto 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 (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	$(\text{Compromiso acumulado proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer}) / (\text{Apropiación definitiva I proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC para el manejo del cáncer}) * 100$	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo medicina nuclear										
																				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 (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	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 (incluye la implementación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo medicina nuclear										
																				34%		49%		85%		100%							
		Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente																	1	Producción automatizada de un (1) radiofármacos terapéuticos	Producción automatizada de un (1) radiofármacos terapéuticos	Eficacia	Coordinador grupo radiofarmacia										
																					40%		70%		100%	Porcentaje de avance de actividades del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo radiofarmacia				
																						1%		1%		100%	Porcentaje de ejecución de presupuesto programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC	$(\text{Compromiso acumulado del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC}) / (\text{Apropiación definitiva del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC}) * 100$	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo radiofarmacia			
																						5%		21%		30%		100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo radiofarmacia	

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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
Nacional	Atención y cuidado de pacientes	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Cantidad	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	Oportunidad de diagnóstico institucional - (mediana)	(Oportunidad de diagnóstico institucional)	Eficiencia	Cargue: Técnico administrativo oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo área diagnóstico y estadificación						
				Coordinador grupo patología	Cantidad	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 20 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 20 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días		Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 días	Min. 5 días Est. 7 días Máx. 9 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)	Eficiencia	Coordinador grupo patología						
				Coordinador grupo laboratorio clínico	Cantidad	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 7 días Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 7 días Máx. 20 min		Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	Min. 5 min Est. 15 min Máx. 20 min	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)	Eficiencia	Coordinador grupo laboratorio clínico						
				Coordinador grupo medicina nuclear	Cantidad	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	(Suma diferencia días entre fecha asignada la toma de PET y fecha usuario solicitó fuera asignada)/(Total de citas asignadas de toma de PET) * 1	Eficiencia	Profesional universitario medicina nuclear							
	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días			Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días		Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Min. 3 días Est. 8 días Máx. 10 días	Oportunidad en la toma de gammagrafía ósea	(Suma diferencia días entre fecha asignada Gammagrafía Ósea y fecha usuario solicitó fuera asignada)/(Total de citas asignadas de toma de gammagrafía ósea) * 1	Eficiencia	Profesional universitario medicina nuclear										
	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	Coordinador grupo imágenes diagnósticas	Cantidad	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días		Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 días	Min. 2 días Est. 5 días Máx. 7 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) * 1	Eficiencia	Coordinador grupo imágenes diagnósticas								
					Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días		Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Min. 1 días Est. 3 días Máx. 5 días	Oportunidad de lectura de servicios de imagenología	(Sumatoria de tiempo desde la práctica del estudio y el informe final de lectura del especialista)/(Número total de atenciones en servicios de imagenología) * 1	Eficiencia	Coordinador grupo imágenes diagnósticas									
	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 cáncer	Coordinador grupo patología oncológica	Temas específicos										Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNITF	Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNITF	Eficiencia	Coordinador grupo patología oncológica							
	Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Cantidad			100%			100%			100%		Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE	Proceso DYE con mapa de riesgos versión 2024	Eficiencia	Profesional especializada oficina asesora de planeación					
																	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso DYE	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso DYE / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso DYE) * 100	Eficiencia	Profesional especializado oficina asesora de planeación					
Min. 0% Est. 10% Máx. 20%							Min. 0% Est. 10% Máx. 20%									Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso DYE / Total de riesgos identificados proceso DYE) * 100	Eficiencia	Coordinador grupo área diagnóstico y estadificación						
Dirección	Monitoreo 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%	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Cantidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso DYE	(Número de indicadores de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficiencia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
								100%			100%			100%			Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso DYE	(Número de indicadores POA proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficiencia	Profesional universitario oficina asesora de planeación					

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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		
	Ges						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DYE	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso DYE / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso DYE)*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación						
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	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad												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 asesoria de calidad							
																		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	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	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad		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						
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar proceso DYE) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión de Compras y Contratación,						
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso DYE)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
OBSERVACIONES.																											
1. Se ajustan las metas trimestrales de los indicadoresPorcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC y 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 d acuerdo con las metas trimestrales remitidas por el grupo de proyectos mediante correo de fecha 16 de mayo de 2023																											
2. Se incluye los indicadores cumplimiento actividades y ejecución presupuestal del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos en el INC de acuerdo con el acta 002 de fecha 12 de mayo 2023 suscrita por Coordinador grupo área de medicamentos magistrales y la oficina de planeación y sistemas																											
3.Se incluye los indicadores cumplimiento actividades y ejecución presupuestal proyecto de innovación en el servicio de medicina nuclear como estrategia de diferenciación para mejorar la competitividad del INC de acuerdo con el acta 002 de fecha 2 de mayo 2023 suscrita por el grupo de medicina nuclear y la oficina de planeación y sistemas																											

LINA MARIA TRUJILLO
Subdirector de Atención Médica y Docencia

RUTH QUEVEDO SERRANO
Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas (E)

RUTH QUEVEDO SERRANO
Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación

RAFAEL SANTIAO PARRA MEDINA
Coordinador Grupo Patología Oncológica

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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

ELIZABETH RODRIGUEZ GOMEZ
Coordinador Grupo Laboratorio Clínico

Humberto
Varela Ramirez

Firmado digitalmente por Humberto Varela Ramirez
Fecha: 2023.07.14 15:18:07 -05'00'

HUMBERTO VARELA RAMIREZ
Coordinador Grupo Medicina Nuclear



JAVIER RADA LOZANO
Coordinador Grupo Radiofarmacia

Elizabeth Rodriguez Gomez				Firmado digitalmente por Elizabeth Rodriguez Gomez Fecha: 2023.07.19 11:20:46 -05'00'			
Cargo:	Profesional Universitario			Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		
Fecha:	17-12-20			Fecha:	17-12-20		

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL														CODIGO:	GSI-P01-F-01												
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.														VERSION:	3												
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.														VIGENCIA:	17-12-2020												
PROCESO:		Docencia														Página 1 de 1													
OBJETIVO DEL LIDER POA		Formular, desarrollar, evaluar y mejorar con oportunidad, calidad, continuidad y pertinencia los programas, proyectos y actividades para la formación del talento humano para el control del cáncer del país.														VIGENCIA DEL POA:	2023												
		Coordinador grupo área docencia														VERSION:	1												
																PERIODO DE EVALUACION:													
EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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				
Misional	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	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas												100%	Porcentaje de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado	(Número de programas académicos institucionales con renovación del registro calificado / Total de programas académicos institucionales)*100	Eficacia	Coordinador grupo área docencia								
		Mantener y mejorar la oferta en educación formal (programas institucionales)	Obtener el registro calificado para dos (2) nuevos programas académicos de subespecialidad oncológica al año 2022.	Coordinador unidad funcional torax Coorubadir grupo area docencia	Tareas específicas													1	Programas nuevos de formación para subespecialidad oncológica en convenio con Instituciones de Educación Superior (IES)	Programas nuevos de formación para subespecialidad oncológica en convenio con Instituciones de Educación Superior (IES)	Eficacia	Coordinador 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	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas				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						
		Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas														30%	Porcentaje de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria	(Número de docentes con formación de posgrado en docencia universitaria/ Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia						
																					75%	Porcentaje de docentes del INC con reconocimiento de la función	(Número de docentes con reconocimiento docente de INC/reconocido / Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
																					50%	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				
																					25%	Porcentaje de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa	(Número de programas académicos de salud en convenio acreditados en calidad educativa / Número de programas académicos con registro calificado en convenio)*100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia				
						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%	Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de satisfacción con las practicas formativas y gestión de los convenios	(Número de preguntas de la encuesta de las practicas formativas respondidas afirmativamente en el periodo / Total de preguntas de la encuesta de las practicas formativas respondidas en el periodo)*100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia							
								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 conocimiento, percepción y satisfacción de los funcionarios con la relación docencia servicio del INC	(Número total de preguntas de las encuestas respondidas como 4 y 5 en el periodo evaluado)/(Número total de preguntas de las encuestas respondidas en el periodo evaluado) * 100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia								
								100%			100%						100%	Porcentaje de ejecución comités docencia servicio	(Número de CODAS planeados y ejecutados durante el periodo de evaluación / Número de CODAS planeados en el periodo)*100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia								
									1										Plan de bienestar para el personal en formación documentado	Plan de bienestar para el personal en formación documentado y publicado en siapinc	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia							
																		>=80%	Porcentaje de ejecución del plan de bienestar para el personal en formación	(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							
									1										Plan de desarrollo docente del INC	Plan de desarrollo docente del INC documentado y publicado en siapinc	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia							
																		25%	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							
								80%			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								

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR				EJECUCIÓN			
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FÓRMULA	DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS
Misional	Docencia	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas									1				Informe de autoevaluación de requisitos para hospital universitario según la norma vigente	Informe de autoevaluación de requisitos para hospital universitario según la norma vigente	Eficacia	Coordinador grupo área docencia				
															1			Estudio de capacidad instalada para la oferta docente actualizado	Estudio de capacidad instalada para la oferta docente actualizado	Eficacia	Coordinador grupo área docencia				
															1			Censo docente actualizado	Censo docente actualizado	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
			Lograr altos estándares de acreditación de calidad en docencia	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas												80%	Porcentaje de adherencia a las actividades de supervisión y delegación de responsabilidades al personal en formación	(Número de estudiantes que respondieron afirmativamente a la pregunta No. 10 de la encuesta de satisfacción con las prácticas formativas) / Número total de estudiantes que respondieron la pregunta No. 10 de la encuesta * 100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia				
						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%	Min 80% Est. 90% Max 100%	Porcentaje de cobertura inducción virtual para estudiantes del INC	(Total de estudiantes que ingresaron al INC y aprobaron el 100% de los módulos de inducción asignados) / (Número total de estudiantes que ingresaron al INC durante el periodo evaluado) * 100	Eficacia	Auxiliar administrativo grupo área docencia				
						Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso DOC / Total de riesgos identificados proceso DOC) * 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%	Coordinador grupo área y grupo del proceso de docencia	Calidad										1			Actualización del mapa de riesgos del proceso DOC	Mapa de riesgos del proceso DOC actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
									100%								100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso DOC	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso DOC / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso DOC) * 100	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
						Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso DOC / Total de riesgos identificados proceso DOC) * 100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
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 85%	Coordinador grupo área y grupo del proceso de docencia	Calidad	100%												Porcentaje de cumplimiento de carga 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	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%										Porcentaje de cumplimiento de carga 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				
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso DOC	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso DOC / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso DOC) * 100	Eficacia	Técnico administrativo oficina control interno				
Dirección	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocuidado	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 85% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinador grupo área y grupo del proceso de docencia	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 asesoria de calidad				
			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											Min 80% Est. 90% Max 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritarios, proceso DOC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritarios, proceso DOC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritarios, proceso DOC) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				



VISION: En 2026 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 excelencia en la atención y el cuidado de pacientes, la investigación y el desarrollo de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.

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 y el desarrollo de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.

PROCESO: Gestión apoyo clínico

OBJETIVO DEL LIDER POA: Realizar acciones y actividades para la prestación de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.

Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

Con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido, maximización de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

CODIGO: GSE-P01-F-01

VERSION: 1

FECHA: 17-12-2020

VIGENCIA DEL POA: 2023

VERSION: 1

PERIODO DE EVALUACIÓN:

15

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	RESPONSABLE DE LA META	IPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	EJECUCION	ANALISIS	% AVANCE OBTENIDO	SEGUIMIENTO	ANALISIS	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA									
Misión	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)	Lider oficina de infecciones Coordinación de enfermería Coordinadora Banco de sangre Coordinadora servicio farmacológico	Calidad	Min 45 Eje 45 Max 90											Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado	(Número de eventos presentados en hospitalización)/(Total de días estancia en hospitalización) * 1000	Eficiacia	Referente seguridad del paciente								
						Min 15 Eje 15 Max 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	Eficiacia	Referente seguridad del paciente							
			Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso GAC	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad												100%	Porcentaje de adherencia de las paquetes instruccionales que apliquen al proceso GAC	(Paquetes instruccionales del proceso GAC con adherencia mayor o igual a 75%)/(Total de paquetes instruccionales evaluados del proceso GAC) * 100	Eficiacia	Referente seguridad del paciente							
		Mejorar la atención del paciente con cáncer a través del modelo de atención centrado en el usuario	Actualizar y medir el modelo de atención inmediata del paciente con cáncer (GAICA)	Coordinador grupo GAICA (Dra. Paola) Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico	Tareas específicas					1								Modelo de GAICA actualizado	Modelo de GAICA actualizado publicado en SIAPINC	Eficiacia	Coordinador grupo GAICA							
				Coordinador grupo GAICA (Dra. Paola)	Calidad	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Min 20 min Eje 20 min Max 45 min	Oportunidad en la atención en la consulta de GAICA, de acuerdo a la clasificación normativa del Triage II	(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	Eficiacia	Coordinador grupo GAICA								
		Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas	Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia para pacientes con cáncer basados en un algoritmo de prioridades clínicas	Coordinador grupo centro de gestión integral al paciente con cáncer Médico de referencia y contrarreferencia - Secretaria técnica de MPRES	Calidad	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Min 48 horas Eje 48 horas Max 72 horas	Oportunidad en la respuesta a la solicitud de remisión	(Semana de hora transcurrida entre la solicitud de la referencia al INC y la respuesta de la remisión)/(Total de solicitudes de referencia del INC en el periodo) * 1	Eficiacia	Médico especialista									
						Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Min 30% Eje 30% Max 50%	Porcentaje de aceptación de pacientes referidos	(Número de remisiones aceptadas en el periodo)/(Número total de remisiones recepcionadas no duplicadas) * 100	Eficiacia	Médico especialista							
						Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Porcentaje de respuesta de solicitudes de remisión en el periodo	(Número de solicitudes de remisión con respuesta emitida)/(Número total de solicitudes de remisión) * 100	Eficiacia	Médico especialista							
		Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento mismo en 55 días	Coordinador grupo quimioterapia 24/7	Calidad	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Min 10% Eje 10% Max 20%	Proporción de quimioterapias canceladas	(Número de Quimioterapias Canceladas)/(Total de Quimioterapias programadas) * 100	Eficiacia	Coordinadores grupo quimioterapia 24/7							
		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 Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Coordinador Grupo de Estabilización	Calidad					1								1	1	Sozialización de la política de reuso en los servicios asistenciales	Evidencia de socialización de la política de reuso en los servicios asistenciales	Eficiacia	Coordinador Grupo de Estabilización					
		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	Referente del programa de humanización	Calidad					100%									100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	(Número de indicadores del programa de humanización con cumplimiento mayor o igual a 75%)/(Total de indicadores del programa de humanización) * 100	Eficiacia	Referente del programa de humanización				
						Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Min 1.80 Eje 1.80 Max 2.00	Razón de acompañamiento del duelo a través del programa de cuidadores y apoyo en el duelo	(Número de cuidadores intervenidos por el programa de apoyo al cuidador y acompañamiento en el duelo)/(Total de pacientes fallecidos al mes) * 100	Eficiacia	Lider Programa Cuidadores y Atención en el Duelo (Rocio Lopez)						
Coordinador grupo área enfermería oncológica	Calidad			Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Cobertura de educación de los programas especiales de enfermería	No. de plan y cuidadores q recibieron educación en los programas especiales de enfermería en el mes)/(Total de plan y cuidadores que se captaron en los programas especiales de enfermería durante el mes) * 100	Eficiacia	Enfermera jefe del programa de educación (Jennifer Sepúlveda)									
				Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Porcentaje de satisfacción de los usuarios atendidos en los programas de enfermería	(Total de usuarios satisfechos de las encuestas aplicadas en los programas de enfermería)/(Número total de encuestas aplicadas en los programas de enfermería) * 100	Eficiacia	Lider Programa Plan de Egreso (Paola Cistanchi)									
				Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Porcentaje de registro del dolor en la historia Clínica	(Número de registros efectivos del dolor como quinto signo vital)/(Número de registros revisados en el periodo) * 100	Eficiacia	Lider Programa Cuidado Paliativo (Martha rojas)									
								4									Actualización de los programas de enfermería	Programas de enfermería actualizados y publicados en siapinc	Eficiacia	Coordinación grupo enfermería								
				Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Min 72% Eje 72% Max 100%	Porcentaje de pacientes captados por los programas de enfermería	(Número de pacientes captados los programas de enfermería en el periodo)/(Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión los programas de enfermería en el mes) * 100	Eficiacia	Lider Programa Plan de Egreso (paola cristiancho)								
Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Min 90% Eje 90% Max 100%	Cobertura de bienvenida al paciente del INC	(Total pacientes que recibieron educ. bienvenida, aseo, hospitalización (ingreso y traslado) C.E. y Quimo 24/7 1ra vez)/(Total de planes que ingresaron a los servicios de hospitalización (tradados) C.E. y Quimo 24/7 1ra vez) * 100	Eficiacia	Lider Ingreso Hospitalario (Martha Orozco)												

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	
Apoyo	Calidad del talento humano	Fidelizar el talento humano institucional	Medir el índice de rotación interna para enfermería (enfermeras jefes y auxiliares) (Entre servicios) e implementar plan de intervención al 100%	Coordinador grupo hospitalización	Tareas específicas											Min. 4 Ene. 6 Max. 8 Mar. 6			Índice de rotación interna de personal de enfermería	Índice de rotación interna de personal de enfermería	Eficacia	Indicador Grupo de Hospitalización (Graciela Madrid)				
Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad										1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC	Actualización del mapa de riesgos del proceso GAC versión 2024	Eficacia	Profesional especializado oficina Asesora de planeación						
																		Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GAC	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso GAC / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GAC) * 100	Eficacia	Profesional especializado oficina Asesora de planeación					
						Min. 0% Ene. 19% Max. 20% Mar. 19%													Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GAC / Total de riesgos identificados proceso GAC) * 100	Eficacia	Coordinadora grupo enfermería				
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%	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Porcentaje de cumplimiento de ensayo y análisis de indicadores del proceso GAC	(Número de indicadores de proceso GAC con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAC programados para registrarse en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
																		Porcentaje de cumplimiento de ensayo y análisis de indicadores POA del proceso GAC	(Número de indicadores POA, proceso GAC con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GAC programados para registrarse en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina Asesora de planeación					
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GAC	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GAC / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GAC) * 100	Eficacia	Técnico administrativo oficina control interno				
Dirección	Región corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocuidado	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad												Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GAC / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GAC) * 100	Eficacia	Técnico administrativo asesoria de calidad						
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye roléigo de integridad, gobierno corporativo - bienestar, capacitación, humanización seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad														Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GAC / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GAC) * 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	Coordinador grupo área y grupos del proceso GAC	Calidad	100%	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 items definidos para el proceso GAC) * 100	Eficacia	Coordinador grupo área gestión contractual					
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar proceso GAC) * 1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GAC) * 1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:


LINA MARIA TRUJILLO
Subdirectora de Atención Médica y Docencia


ANA EDITH HERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Trabajo Social

Carolina
Aristizabal Niño
CAROLINA ARISTIZABAL
Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos

Martha Elena
García Fernández
MARTHA GARCÍA FERNÁNDEZ
Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

PAULA ANDREA GÓMEZ
Coordinador Grupo GAICA

Nubia
Esperanza
Prada Forero
NUBIA ESPERANZA PRADA
Coordinador Grupo Esterilización

Jennifer Sepúlveda R.
JENNIFER SEPÚLVEDA RAMÍREZ
Coordinador Grupo Área Enfermería Oncológica (E)

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

YERICA ALEXANDRA GARCÓN PERA
Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS

JULIO ALBERTO BUSTAMANTE
Referente de humanización

VERSION	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE DIN
1	08/05/2017	separar ítem de documento	Administrador del Sistema TMS
2	27/05/2018	Modificación por POI 2019-2022	Paula Andrea Salazar García Medina
3	07/12/2022	Se elimina la casilla de cumplimiento y pondrá el cambio el nombre de la casilla de cumplimiento	Paula Andrea Salazar García Medina

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:	17-12-23			Fecha:	17-12-23			Fecha:	17-12-23		

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																							CÓDIGO:		GSI-P01-F-03	
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																							VERSIÓN:		3	
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																							VIGENCIA:		17-12-2020	
																									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:		2023	
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:		Gestión de Archivo y Documental																							PERIODO DE EVALUACIÓN:			
OBJETIVO DEL LÍDER POA		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.																										
		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia																										
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente estratégico	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas específicas				1										Diagnóstico integral de archivo actualizado	Diagnóstico integral de archivo actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
									1								Programa de gestión documental actualizado	Programa de gestión documental actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
															100%		Porcentaje de implementación del programa de gestión documental	(Número de actividades ejecutadas del programa de gestión documental/ Total actividades programadas en el programa de gestión documental) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
															100%		Porcentaje de implementación del MGDA en el componente estratégico	(Número de actividades ejecutadas en el componente estratégico del MGDA / Total actividades programadas en el componente estratégico del MGDA en 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 administración de archivos	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas específicas											100% (200 funcionarios / colaboradores)		Porcentaje de cobertura de las capacitaciones en aplicación de Tablas de Retención Documental-TRD y manejo de archivo	(Número de funcionarios capacitados en aplicación de Tablas de Retención Documental-TRD y manejo de archivo /Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas											100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente administración de archivos	(Número de actividades ejecutadas en el componente de administración de archivos del MGDA / Total actividades programadas en el componente de administración de archivos del MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia									
		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	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas específicas													100% (30 grupos)	Porcentaje de cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión 20 grupos de seguimiento 10 grupos nuevos	(Número de grupos auditados en archivos de gestión/Total de grupos programados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia							
				Tareas específicas												100% (130 metros lineales)	Porcentaje de metros lineales organizados y transferidos de archivos (archivos de gestión a archivo central)	(Número de metros lineales transferidos /Total de metros lineales proyectados) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas	1												Cronograma de Trabajo Archivístico	Cronograma de Trabajo Archivístico	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de avance del cronograma de trabajo Archivístico	(Número actividades ejecutadas de cronograma de trabajo archivístico para el periodo / Total de actividades programadas del cronograma de trabajo archivístico para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas							1						Diagnostico contractual documental de la herramienta INCompra	Diagnostico contractual documental de la herramienta INCompra	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas				25%			50%			75%		100%	Expedientes contractuales cerrados del archivo central digitalizados años 2017 - 2018	(Número de carpetas digitalizadas / número de carpetas contenidas en los expedientes) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								
				Tareas específicas												100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente Procesos de la Gestión documental	(Número de actividades ejecutadas en el componente Procesos de la Gestión documental del MGDA) / Total actividades programadas en el componente de Procesos de la Gestión documental del MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia								

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 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 tecnológico	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Proyectos especiales			100%			100%						100%	Porcentaje de implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del Instituto	(Número de actividades ejecutadas de implementación de la estrategia de documentos y expedientes electrónicos para el periodo / Total de actividades programadas de implementación de documentos y expedientes para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
					Tareas específicas											100% (150 funcionarios / colaboradores)		Porcentaje de cobertura de capacitaciones de la plataforma Siapinc4, componente módulo de correspondencia	(Número de funcionarios capacitados en plataforma Siapinc4, componente módulo correspondencia / Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Productividad											100% (50 funcionarios / colaboradores)		Porcentaje de cobertura de capacitaciones de la plataforma correo electrónico certificado PortaCert	(Número de funcionarios capacitados en plataforma PortaCert / Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
					Productividad									1				Estudio con el diseño, verificación de las capacidades de los sistemas de información SGDEA del mercado, requisitos funcionales, ficha técnica y modelo a contratar	Informe del estudio con el diseño, verificación de las capacidades de los sistemas de información SGDEA del mercado, requisitos funcionales, ficha técnica y modelo a contratar	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
					Optimización de recursos												100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente tecnológico del MGDA	(Número de actividades ejecutadas en el componente tecnológico del MGDA / Total actividades programadas en el componente tecnológico del MGDA en 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	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Tareas específicas						1							Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada	Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas específicas		1		1		1		1		1		1	Boletines electrónicos en temas según el componente cultural del MGDA	Número de boletines electrónicos en temas culturales elaborados y distribuidos	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas específicas		1											Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel	Documento Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Optimización de recursos			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel	(Número de actividades ejecutadas en el plan de eficiencia administrativo 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				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente cultural	(Número de actividades ejecutadas en el componente cultural del MGDA / Total actividades programadas en el componente cultural del MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Tareas específicas						100%						100%	Porcentaje de avance de implementación del MGDA	(Número de actividades ejecutadas del MGDA / Total actividades programadas para el periodo del MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
Dirección	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 el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de implementación de transformación institucional en el componente archivo y documental	(Número de actividades implementadas de transformación institucional / Número de actividades programadas de transformación institucional en el componente de archivo y documental)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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
Dirección	Gestión del desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD	Mapa de riesgos del proceso GAD actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GAD	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso GAD / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso GAD) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GAD / Total de riesgos identificados proceso GAD)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
	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%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD	(Numero de indicadores de proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemass Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD	(Numero 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 Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						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/ Total de acciones de mejora 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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	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 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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad													Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GAD	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GAD/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GAD)*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	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 GAD entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GAD entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GAD) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación) / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión de Compras y Contratación.				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas) / Total de facturas recibidas en el mes por el (los supervisor(es) proceso GAD)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones.
Se realizan las siguientes modificaciones al POA de acuerdo a solicitud enviada por correo electrónico de fecha 18 de mayo de 2023 por la Coordinadora Grupo Area Gestión Documental y Correspondencia y aprobado por la Subdirectora Administrativa y Financiera por correo electrónico en la misma fecha.
1. Se reprograma fecha de indicador Estudio con el diseño, verificación de las capacidades de los sistemas de información SGDEA del mercado, requisitos funcionales, ficha técnica y modelo a contratar del mes de julio al mes de septiembre 2023.
2. Se elima el indicador Pocentaje de ejecución del cronograma de trabajo resultado de la evaluación para la historia clínica desmaterializada (sujeto a viabilidad presupuestal y definición de priorización)

Lia Margarita
Alvarez Puentes

Firmado digitalmente por Lia
Margarita Alvarez Puentes
Fecha: 2023.07.07 15:12:00
-05'00'

LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Subdirectora General de Gestión Administrativa y
Financiera

Firmado digitalmente por Vida
Helena Bautista Romero
Fecha: 2023.05.31 10:03:36 -05'00'

VIDA HELENA BAUTISTA ROMERO
Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y
Correspondencia

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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

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:	17-12-2020		Fecha:	17-12-2020		Fecha:	17-12-2020	

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		3				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		17-12-2020				
		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						
VISIÓN:		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:		2023				
PROCESO:		Gestión Comercial																			VERSIÓN:		1				
OBJETIVO DEL LIDER POA		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.																			PERÍODO DE EVALUACIÓN:						
		Coordinador Grupo Área Gestión Comercial																									
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 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.	Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Productividad	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 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						
			Diseñar y ejecutar al 100% el plan integral de cartera y ejecutar al 100% la conciliación de cartera con las entidades responsables de pago – ERP	Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Tareas específicas	1													Documento plan integral de cartera actualizado	Documento plan integral a la cartera actualizado presentado en comité de cartera y publicado en SIAPINC	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
									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						
									100%		100%							Porcentaje de conciliación de cartera con las ERP	(valores conciliados en el periodo/ valor cartera del trimestre anterior) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera						
			Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 2 puntos porcentuales anuales, acorde con el presupuesto de ingreso definido.	Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Min. 90% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje cumplimiento de las metas de recaudo para el periodo	(Valor total recaudado en el periodo / Meta de recaudo del periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera					
			Gestionar el cobro y depurar (compensar, conciliar o castigar) el 100% del valor de cartera registrado con corte a diciembre de 2018. Y obtener un índice de recaudo sobre la facturación de la cartera exigible de un 90% anual (incluyendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsecuiente al periodo de facturación)	Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad														12% (Porcentaje pendiente del cierre al año 2022)	Porcentaje de depuración la cartera (2019-2022).	(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 2018/ Valor cartera referencia corte 2018)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera				
						Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 100%	Min. 80% Est. 80% Max. 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						
			1																Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado	Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado publicado siapinc.	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación					
						10%		30%			60%									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 Grupo Gestión de Facturación				
			<= 5 días	<= 5 días	<= 5 días	<= 5 días	<= 5 días	<= 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 de ingreso de glosa	(Sumatoria (Día digitado en SAP - Día de radicado en INC))/([Total de facturas recibidas en el mes.] * 1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera				
						Min. 10% Est. 10% Max. 25%			Min. 10% Est. 10% Max. 25%			Min. 10% Est. 10% Max. 25%		Min. 10% Est. 10% Max. 25%		Min. 10% Est. 10% Max. 25%		Min. 10% Est. 10% Max. 25%		Porcentaje de glosa recibida	(Valor Objeción recibida en un periodo)/(Valor total radicado en el periodo) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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 Grupo Gestión de Facturación				
						>=80%		>=80%			>=80%		>=80%		>=80%		>=80%		>=80%	Porcentaje de conciliación de glosa	(Valor de conciliaciones realizadas en el trimestre / Valor reglosa entregada en el trimestre anterior)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
			<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	<=3%	Porcentaje de glosa definitiva	(Valor Aceptación en glosa + aceptación en conciliación)/Valor facturación del mes)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
			Mantener depurada la glosa contable en cuentas de orden en un porcentaje mayor o igual al 80%, a partir de la vigencia 2019.	Coordinador Grupo Gestión de Facturación Coordinador Grupo Gestión de Cartera Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Tareas específicas															>=80%	Porcentaje de depuración de la glosa contable a partir de 2020	(Valor de depuración / valor glosa a depurar vigencia 2020) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación			

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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		
AP090	Gestión Comercial	Fortalecer la contratación con las entidades responsables de pago ERP y demás entidades relacionadas, con un modelo basado en la atención integral y oportuna del cáncer.	Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD.	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera	Productividad												1	Modelo diseñado basado en GRD	Modelo diseñado basado en GRD	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial						
				Coordinador Grupo Área Gestión Comercial	Proyectos especiales			1										Propuesta de integración de redes	Propuesta de integración de redes		Coordinador Grupo Área Gestión Comercial						
			Implementar 2 nuevos modelos de contratación para el manejo integral y oportuno del cáncer, incluyendo el modelo de grupos relacionados de diagnóstico – GRD.	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera	Productividad												3	Número nuevos contratos con modelos distintos al pago por evento	Número nuevos contratos con modelos distintos al pago por evento	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial						
				Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes (NC - ERP sin intervención del usuario y obtener el 90% de las autorizaciones.	Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de gestión de autorizaciones	(Número de autorizaciones gestionadas /Total de autorizaciones requeridas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
			<=5 días				<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	<=5 días	Oportunidad de respuesta de autorizaciones ambulatorias	(Sumatoria (Día autorizado-Día de solicitud) ambulatoria /Total de autorizaciones solicitadas en el mes (tramitables) ambulatorias)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación							
			>=90%				>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Porcentaje de autorizaciones obtenidas	(Número autorizaciones obtenidas/total autorizaciones solicitadas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación							
							1											Estudio de causalidad de la oportunidad desde el punto administrativo	Estudio de causalidad de la oportunidad desde el punto administrativo	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial						
			Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales	Actualizar y ejecutar al 100% el plan de ventas institucional	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Tareas específicas	1												Documento plan de ventas institucional aprobado	Documento plan de ventas institucional aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo					
								25%			50%			75%		100%	Porcentaje de ejecución del plan de ventas institucional	(Valor ventas realizado /Valor proyectado para la vigencia) x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo							
		Diseñar y ejecutar al 100% el plan de mercadeo del INC.		Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad	1												Plan de mercadeo actualizado	Plan de mercadeo actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						
								25%			50%			75%		100%	Porcentaje de ejecución del plan de mercadeo	(Número de actividades ejecutadas del plan de mercadeo para el periodo/Total de actividades planeadas del plan del mercadeo para la vigencia.)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo							
					Calidad		Min. 70% Est. 80% Máx. 90%												Contratos activos y legalizados	(Número de contratos legalizados con las EAPB)(Número total de contratos activos con las EAPB) * 100	Eficacia	Tecnico administrativo mercadeo					
							Min. 70% Est. 80% Máx. 90%																				
		Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales	Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofarmacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPReO en al menos 4 sectores de la economía	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Tareas específicas						1								Portafolio integral de servicios actualizado	Portafolio integral de servicios actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo					
		Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento				Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad													Porcentaje de cobertura en la difusión del portafolio de servicios	(Número de entidades a las que se realizó difusión del portafolio de servicios / Número de entidades programadas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo				
						Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad													Porcentaje de satisfacción de las aseguradoras	(Sumatoria de calificación de las encuestas aplicadas / Total de entidades)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo				
1																				Esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos	Esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo				
									25%			50%			75%		100%			Porcentaje de ejecución del esquema de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo	(Número de actividades ejecutadas en el periodo del esquema de fortalecimiento competencias /Total de actividades programadas para el periodo del esquema de fortalecimiento competencias)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo				
				Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad			1			1			1		1		Evaluación a la respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras	Informe de evaluación a la respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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
Dirección	Gestión del 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 el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GCM	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de implementación de la transformación institucional en el componente comercial	(Número de actividades implementadas de transformación institucional / Número de actividades de transformación institucional en el componente comercial) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial				
		Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCM	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GCM	Mapa de riesgos del proceso GCM actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GCM	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso GCM / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GCM) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Min:0% Est: 10% Max: 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GCM / Total de riesgos identificados proceso GCM)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial				
	Gestión del desempeño institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPC	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCM	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GCM	(Número de indicadores de proceso GCM con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCM programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemass Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
																	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GCM	(Número de indicadores POA, proceso GCM con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCM programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCM	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GCM/ Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GCM)*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	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCM	Calidad												Min: 80% Est: 80% Max: 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCM/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GCM)*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	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCM	Calidad												Min: 80% Est: 80% Max: 100%	Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GCM	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GCM/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GCM)*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	Coordinadores de grupos áreas y grupos proceso GCM	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GCM) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación.				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GCM)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por
Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2022.12.22 14:57:56
-05'00'

JUAN JOSÉ PEREZ ACEVEDO

Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

CLAUDIA MATILDE BOGOYA PACHON

Coordinadora Grupo Gestión de Facturación

Juan Jose Perez
Acevedo

Firmado digitalmente por Juan
Jose Perez Acevedo
Fecha: 2022.12.22 14:57:34 -05'00'

JUAN JOSÉ PEREZ ACEVEDO

Coordinador Grupo Área Gestión Comercial (E)

CLAUDIA MATILDE BOGOYA PACHON

Coordinadora Grupo Gestión de Cartera (E)

OLGA LUCIA RAMIREZ GODOY

Coordinadora Grupo Gestión de Mercadeo (E)

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OIM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-05-2018	Modificación por PDI 2018 - 2022	Paula Andrea Salazaranca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pond., se cambia el nombre de la casilla de este por qte	Paula Andrea Salazaranca Medina

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:	17-12-2020			Fecha:	17-12-2020			Fecha:	17-12-2020		

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																									CÓDIGO: GSI-P01-F-03		
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																									VERSIÓN: 3		
PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																									VIGENCIA: 17-12-2020		
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		
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: 2023		
Gestión Contable																									VERSIÓN: 2		
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.																									PERIODO DE EVALUACIÓN:		
Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad																											
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Determinar y analizar los costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad		1		1			1				1		Reporte y análisis integral de costos incluyendo rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Reporte y análisis integral de costos incluyendo rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Eficacia	Profesional de costos						
				Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización de recursos				20%		50%			75%			100%	Costos-Porcentaje de cumplimiento de prestaciones costeadas	(Número de prestaciones costeadas en el sistema)/(Total de prestaciones del INC) * 100	Eficacia	Profesional de costos						
			Obtener una utilidad neta para el año 2019: >=8%, año 2020: >=1%, año 2021: >=8% y año 2022: >=8% que permita generar valor público a través de proyectos de inversión que contribuyan al cumplimiento del objeto misional.	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad					>=8% (año 2022)								Utilidad neta del INC	(Valor utilidad neta / Ingresos totales)*100		Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
				Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización de recursos	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						
		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	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Optimización de recursos	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	Oportunidad en la evaluación financiera de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación financiera hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación						
		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.	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad Coordinador Grupo Gestión Área de Sistemas	Proyectos especiales					1							Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas	Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
Misional	Docencia	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Tareas específicas		1		1			1						Informe integral del centro de costos de docencia (ingresos y gastos)	Informe integral del centro de costos de docencia (ingresos y gastos)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
Dirección	Gestión del desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Calidad				1									Reporte de Supersalud con el cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Reporte de Supersalud con el cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Estados financieros presentados y publicados en la página web	Estados financieros publicados en la página web de acuerdo al calendario de la contaduría general de la nación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de declaraciones presentadas	(Número de declaraciones presentadas oportunamente/Total de declaraciones requeridas)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
										Min. 0 Est. 1 Max 2								Dictamen de revisoría fiscal	Número de salvedades en dictamen de revisoría fiscal	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
											1							Informe sobre factibilidad destinación específica del ingreso por donaciones	Informe sobre factibilidad destinación específica del ingreso por donaciones	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
			Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad	Proyectos especiales											100%	Porcentaje de implementación de transformación institucional en el componente contable	(Número de actividades implementadas de transformación institucional / Número de actividades de transformación institucional en el componente contable)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad							
			Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO	Mapa de riesgos del proceso GCO actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
																	100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso GCO	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso GCO /Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GCO) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%				Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GCO / Total de riesgos identificados proceso GCO)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad								

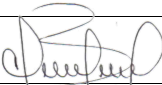
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS
Dirección	Gestión del 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%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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) / (Número total de indicadores de proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
																		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO	(Numero de indicadores POA, proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GCO	(Número 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				
	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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad												Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GCO/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GCO)*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			Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad													Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GCO	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GCO/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, 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	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 GCO entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GCO) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación.				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GCO)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

OBSERVACIONES:

1. Se retira del POA el indicador Porcentaje de implementación fase I automatización central de cuentas de acuerdo a solicitud presentada por la Coordinadora Grupo Gestión de Contabilidad mediante correo electrónico el día 4 de septiembre 2023 y aprobado por la Subdirectora Administrativa y Financiera el día 5 de septiembre de 2023 por correo electrónico.



LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera



ALIA NANCY CAÑELO VAJEGAS
Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad

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:	17-12-20			Fecha:	17-12-20			Fecha:	17-12-20		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GS-P01-F-03								
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:		3								
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		17-12-2020								
																		Página 1 de 1										
																		VIGENCIA DEL POA:		2023								
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.																	VERSIÓN:		2								
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 de Tecnologías de Información																											
OBJETIVO DEL PROCESO:	Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnologías 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 Sistemas																											
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 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)	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad						50%						1		Documento PETI actualizado	Documento PETI actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
																				Porcentaje de cumplimiento de implementación de ejecución del PETI de acuerdo al cronograma	(Número de actividades ejecutadas del cronograma del PETI / Total de actividades programadas del cronograma del PETI)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																Porcentaje de cumplimiento del Plan de implementación de Gobierno de la Información	Número de actividades ejecutadas del Plan de Implementación de Gobierno de la Información / Total de actividades del Plan de Implementación de Gobierno de la Información*100 para el periodo	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																Catálogo de sistemas de información	Catálogo de sistemas de información	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																Catálogo de servicios tecnológicos	Catálogo de servicios tecnológicos	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																Gobierno TI - Documento de actualización de Catálogo de Infraestructura TI	Gobierno TI - Documento de actualización de Catálogo de Infraestructura TI	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
																					Plan de Transformación Digital como estrategia de la Dirección INC	Plan de transformación Digital INC	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
																					Porcentaje de ejecución de la infraestructura de TI	(Número de equipos instalados / Número total de solicitudes) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
																					Informe de identificación y definición de una solución Tecnológica transversal de respaldo de información.	Informe de identificación y definición de una solución Tecnológica transversal de respaldo de información.	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
																					Renovación servicios de Telefonía en la nube	(Número de actividades ejecutadas en la Renovación servicios de Telefonía en la nube/Número de actividades programadas en la Renovación servicios de Telefonía en la nube)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
																					Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas	Evaluación de viabilidad de automatización de central de cuentas	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				
																						Evaluación de viabilidad automatización ausentismo e historia clínica ocupacional	Evaluación de viabilidad automatización ausentismo e historia clínica ocupacional	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo			
																			Renovación servicios de Outsourcing TI	Contrato de renovación de servicios de Outsourcing TI	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 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 climática, el data center, basado en los ejercicios de la arquitectura de TI.	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware	Calidad						1							Plan de Adopción a la nube	Plan de Adopción a la nube documentado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware	Calidad						1							Documento de Ejercicio de DATACENTER	Documento actualizado de Ejercicio de DATACENTER	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
			Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión Sistemas Coordinadora Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos Coordinadora Grupo Gestión Facturación Oficina de Seguridad Coordinadora Grupo Gestión de Aplicaciones Profesional Especializado Grupo Área Sistemas (enfermería)	Calidad													Porcentaje de cumplimiento del Ejercicio de Gobierno de la Información sobre interoperabilidad de Historia clínica conforme a cronograma de avance SDS – MINSALUD	Número de actividades ejecutadas del del Ejercicio de Gobierno de la información sobre interoperabilidad de historia clínica conforme a cronograma de avance SDS – MINSALUD / Total de actividades del del Ejercicio de Gobierno de la información sobre interoperabilidad de historia clínica conforme a cronograma de avance SDS – MINSALUD*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Subdirección Administrativa CEGIP Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión Sistemas Subdirección médica Asesoría de calidad Subdirección de investigaciones	Calidad						1							Informe de identificación y definición Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente	Informe de Identificación y definición Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Subdirección Administrativa CEGIP Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión Sistemas	Calidad													Porcentaje de Implementación Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente FASE I	(Número de actividades ejecutadas de iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente FASE I / Número de actividades programadas Iniciativas orientadas a la Gestión Integral del Paciente FASE I) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión Sistemas Coordinador grupo soporte, redes y hardware Coordinador Sistemas de Información	Calidad							1						Informe de Arquitectura de interoperabilidad e integración de sistemas de información para gestionar servicios internos y al paciente	Informe de Arquitectura de interoperabilidad e integración de sistemas de información	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Tareas específicas						1							Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada	Evaluación para historia clínica 100% desmaterializada	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión Sistemas	Calidad										1			Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado	Plan de la seguridad y privacidad de la información actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
					Calidad			25%			50%			75%		100%		Porcentaje de ejecución del plan de seguridad y privacidad de la información	(Número de actividades ejecutadas del plan de seguridad y privacidad de la información / Total de actividades programadas del plan de seguridad y privacidad de la información)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad										1			Registro de activos de Información actualizados	Registro de Activos de Información Publicado en www.datosabiertos.gov.co	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 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.	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad												Adopción de la norma ISO27001:2022 FASE 1 DE 3	(Número de actividades ejecutadas del cronograma de adopción de norma ISO27001:2022/Total de actividades programadas del cronograma de adopción de norma ISO27001:2022 para 2023)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad						1						Ejercicio Hacking Ético Pagina web	Ejercicio Hacking Ético Pagina web	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad						1						Informe de implementación Herramienta XOR. (Detección y respuesta extendida ante incidentes de Seguridad información)	Informe de implementación Herramienta XOR. (Detección y respuesta extendida ante incidentes de Seguridad información)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad						1						Estrategia global de Respaldo de la Información	Estrategia global de Respaldo de la Información	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad						1						Estrategia de autenticación unificada para los sistemas de información	Estrategia de autenticación unificada para los sistemas de información	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad										1	Documento BIATI Actualizado	Documento BIATI Actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
			Ejecutar el 100% anual el proyecto de sistematización integral de acuerdo a la programación anual con el compromiso de las áreas interesadas.	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Proyectos especiales							31%				44%	100%	Porcentaje de ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral	(compromiso acumulado del macroproyecto en su componente de sistematización integral / Apropriación definitiva para macroproyecto en su componente de sistematización integral)* 100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Proyectos especiales							40%			70%		100%	Porcentaje de avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral	Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de sistematización integral	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
Dirección	Gestión del 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 el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinador grupo área y coordinadores de grupo	Proyectos especiales											100%	Porcentaje de implementación de transformación institucional en el componente tecnologías de información	(Número de actividades implementadas de transformación institucional / Número de actividades de transformación institucional en el componente tecnologías de información)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
		Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos.	Calidad										1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTI	Mapa de riesgos del proceso GTI actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
								100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTI	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso GTI / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GTI)* 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
						Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Min 0% Eje 10% Mar 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GTI / Total de riesgos identificados proceso GTI)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas				
		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%	Coordinadores de grupos áreas y grupos.	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga 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	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemass Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
								100%			100%			100%		100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga 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	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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
	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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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				
			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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min. 80% Est. 100% Máx. 100%				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 Asesoría de Calidad				
														Min. 80% Est. 100% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GTI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GTI/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritarios, proceso GTI)*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	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 GTI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTI entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GTI) *100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compra y contratación / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación.				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GTI)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:

1. Se ajustan las metas trimestrales de los indicadores Porcentaje de ejecución de presupuesto del proyecto en su componente de sistematización integral y Porcentaje de avance de las actividades del proyecto en su componente de sistematización integral. De acuerdo con las metas trimestrales remitidas por el grupo de proyectos.

2. Se retira el indicador Porcentaje de ejecución del cronograma de trabajo resultado de la evaluación para la historia clínica desmaterializada (sujeito a viabilidad presupuestal) y definición de priorización) e acuerdo a solicitud enviada por correo electrónico de fecha 18 de mayo de 2022 por la Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia y aprobado por la Subdirectora Administrativa y Financiera por correo electrónico en la misma fecha.

3. Se retira del POA el indicador Porcentaje de implementación fase I automatización central de cuentas de acuerdo a solicitud presentada por la Coordinadora Grupo Gestión de Contabilidad mediante correo electrónico el día 4 de septiembre 2023 y aprobado por la Subdirectora Administrativa y Financiera el día 5 de septiembre de 2023 por correo electrónico.

Lia Margarita Alvarez Puente

Firmado digitalmente por Lia Margarita Alvarez Puente
Fecha: 2023.12.11 09:58:30 -05'00'

LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE

Subdirectora General de la Gestión Administrativa y Financiera

Nilsa Y. Bermudez

Firmado digitalmente por Nilsa Y. Bermudez

NILSA YANETH BERMUDEZ BERMUDEZ

Coordinadora Grupo Gestión de Aplicaciones

Luis Eduardo Martinez Gonzalez

Firmado digitalmente por Luis Eduardo Martinez Gonzalez

LUIS EDUARDO MARTINEZ GONZALEZ

Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas

Jennifer Dahana Gutierrez Luna

Firmado digitalmente por Jennifer Dahana Gutierrez Luna

JENNIFER DAHANA GUTIERREZ

Coordinadora Grupo Gestión de Soporte Redes y Hardware



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:	17-12-2020			Fecha:	17-12-2020			Fecha:	17-12-2020		

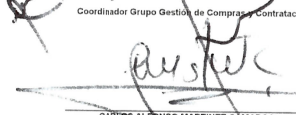
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN				SEGUIMIENTO			
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS				
Ejecución	Gestión de Desempeño Institucional	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.	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 específicas												Min 0% Est. 20% Máx. 100%	Porcentaje de pagos	(Pagos acumulados en el periodo)/(Total Compromisos (ejecución acumulada)) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Tesorería								

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	COMENTARIOS
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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min 50% Est 80% Max 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 Asesor(a) 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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min 50% Est 80% Max 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 Administrativo Oficina Control Interno				
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	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 GDG entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GDG) * 100	Eficacia	Asesor Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GDG)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:
1 Se definen las metas de los indicadores de oportunidad proceso de contratación de acuerdo a acta de EPM 06 Grupo Área Financiera de fecha 28 de julio de 2023.
2 Se definen las metas del indicador Porcentaje ejecución por concepto de gasto inversión de acuerdo a correo de fecha 11 de octubre de 2023.
3 Se ajusta la meta del indicador Porcentaje de presupuesto de inversión de acuerdo a correo de fecha 11 de octubre de 2023 y aprobado por la Subdirectora Administrativa y Financiera

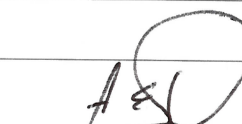

LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Subdirectora General de Gestión Administrativa y Financiera


MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación


CARLOS ALONSO MARTINEZ CAMARGO
Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén


MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera


MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión


AMPARO INES ESPITIA PENA
Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto


SANDRA PATRICIA DIAZ BARAHONA
Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones

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	17-12-23			Fecha	17-12-23			Fecha	17-12-23		



En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la morbilidad 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.
Somos una institución del estado colombiano en su ámbito 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.
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional
Gestionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.

EJE		LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Gestión del 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%	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							
			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	Asesor de Calidad Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero	Calidad															1	Informe de autoevaluación de habilitación (Resolución 3100 de 2019)	Habilitación (Resolución 3100 de 2019)	Eficacia	Profesional Especializado Asesoría de Calidad					
			Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional	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% Max. 100%			Min. 80% Est. 90% Max. 100%				Min. 80% Est. 90% Max. 100%		Min. 80% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas en el periodo)/(Total da acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo) * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Asesoría de Calidad							
		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	Profesional Especializado Oficina Asesora 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 Res. 247 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 Dec. 2193 y Res. 4505 a más tardar el 30 de junio Res. 256)	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)	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)	Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares y periodos establecidos	(Número de reportes normativos entregados en el periodo / Total de reportes normativos a enviar) * 100	Eficiencia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas						
Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	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 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	Eficiencia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	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 (vigencia 2022)	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022 (vigencia 2022)	Eficiencia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas							

B

E.E	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		EJECUCIÓN				SEGUIMIENTO	
						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
Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo	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% Max 100%			Min 90% Est 95% Max 100%			Min 90% Est 95% Max 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					
			Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información	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% Max 100%			Min 70% Est 80% Max 100%			Min 70% Est 80% Max 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					
			Jefe Oficina Control Interno Profesional Especializada Control Interno	Calidad						Min 80% Est 90% Max 100%					Min 80% Est 90% Max 100%	Porcentaje de seguimiento a procesos en la administración de los riesgos institucionales	(Número de procesos con seguimiento de los riesgos en el semestre / Número de Procesos Institucionales programados para seguimiento en el semestre) * 100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno						
				Calidad				Min 2% Est 5% Max 7%								Porcentaje de efectividad de controles para mitigar los riesgos	(Número de controles de los riesgos que se materializaron en periodo en el INC) / (Número total de controles de los riesgos definidos en el periodo en el INC) * 100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno						
			Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional	Asesor Jurídico	Calidad											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	Asesor Control Interno Disciplinario	Calidad						40%					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 el periodo)*100	Eficacia	Asesor Control Interno Disciplinario					
	Imagen corporativa	Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores	Cumplir al 100% el plan de humanización	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	Calidad						100%					100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	(Indicadores del programa de humanización con cumplimiento mayor o igual a 75%)/(Total de indicadores del programa de humanización) * 100	Eficacia	Referente de humanización del INC					
		Desarrollar la política de responsabilidad social	Cumplir la política de responsabilidad social al 100%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad						Min 90% Est 95% Max 100%					Min 90% Est 95% Max 100%	Porcentaje de cumplimiento de responsabilidad social	(Sumatoria de los porcentajes de cumplimiento de las líneas)/(Total de líneas evaluadas) * 1	Eficacia	Profesional especializado Asesoría Calidad					
		Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad			Min 80% Est 90% Max 100%			Min 80% Est 90% Max 100%			Min 80% Est 90% Max 100%			Min 90% Est 90% Max 100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones	Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones en el periodo	Eficacia	Cargue Profesional universitario (comunicaciones) Análisis Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto		Director General Asesor Cooperación Internacional Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Subdirector de Atención Médica y Docencia	Calidad										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						
														2		Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales (1 nacional y 1 internacional)	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Eficacia	Asesor cooperación internacional						

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		EJECUCIÓN					SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS	
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	Asesor Cooperación Internacional	Calidad											1		Participar en la red de los Institutos de Cáncer de América Latina INC - LATAM	Acta de reunión de la red de los Institutos de Cáncer de América Latina INC - LATAM	Eficacia	Asesor cooperación internacional					
		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	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						
													Min. 70% Est. 75% Máx.80%			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							
			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	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 los planes prioritarios	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritarios / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritarios)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
													Min. 70% Est. 75% Máx. 80%			Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes prioritarios	(Número de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de planes prioritarios / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas							
		Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	Jefe Oficina Control Interno Médico Especialista Control Interno	Tareas específicas				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura de 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)*100	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	Médico Especialista Control Interno								
		Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional	Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas específicas				1					1			1	Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
			Organizar la prestación de servicios de acuerdo a la capacidad instalada institucional	Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas específicas												1	Plan de producción institucional	Plan de producción institucional	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
		Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Realizar auditoría de la calidad del registro de la historia clínica	Asesor de Calidad	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%	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 especializado Asesoría Calidad				
Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer	Medir y mejorar el centro de gestión integral del paciente en el INC			Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero	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%	Min. 85% Est. 90% Máx. 100%	Min. 85% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes	(Número total de pacientes que se consideraran satisfechos con los servicios recibidos en la institución / Número total de encuestas aplicadas - calidad)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad						
Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas			Médico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer	Calidad											Min. 49% Est. 50% Máx. 80%	E- 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 historias clínicas revisadas de las Unidades Funcionales) * 100	Eficacia	Cargos: Profesional especializada investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación						
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	Asesor Jurídico	Tareas específicas	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	1 día	Oportunidad en la evaluación jurídica de ofertas	Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación jurídica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar* 1	Eficacia	Coordinador grupo área gestión de compras y contratación						

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META POI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Gestión del desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad										1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Mapa de riesgos del proceso GSI actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas									
																		Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso GSI / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GSI) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
						Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Min 0% Est: 10% Máx: 20%	Porcentaje de riesgos materializados proceso GSI	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GSI / Total de riesgos identificados proceso GSI)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GSI	(Número de indicadores de proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas											
															Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GSI	(Número de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA del proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas											
															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			
	Imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocentrol	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad										Min 80% Est: 80% Máx: 100%		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									
			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 colaboradoras	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad											Min 80% Est: 80% Máx: 100%		Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GSI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GSI/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GSI)*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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Tareas específicas	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 ítems definidos para el proceso GSI) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual								
							<= 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 la evaluación técnica de ofertas Proceso GSI	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación proceso GSI/ Total de ofertas a evaluar proceso GSI) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación							
<= 15 días							<= 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 las supervisoras proceso GSI	(Sumatoria de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas proceso GSI / Total de facturas recibidas en el mes por el (las) supervisor(es) proceso GSI)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad								
OBSERVACIONES: 1. Se modificó programación del indicador Porcentaje de ejecución del plan de cooperación, de acuerdo a solicitud de la Dirección General mediante correo electrónico de fecha 26 de julio 2023. 2. Se modificó programación del indicador Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Dirección (FURAG), de acuerdo con el cronograma remitido por el DAFP. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobado por la Dirección General. 3. Se modificó programación del indicador Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MPO), de acuerdo con el cronograma remitido por el DAFP. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobado por la Dirección General. 4. Se ajustan los rangos del indicador Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradoras que aplicaron la encuesta de planes prioritizados de acuerdo a hallazgo de revisión fiscal. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobada por la Dirección General. 5. Se modificó programación de los indicadores Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales y Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradoras que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, de acuerdo a solicitud del Asesor de Calidad mediante correo electrónico de fecha 29 de julio de 2023 y aprobada por la Dirección General.																													

OBSERVACIONES:

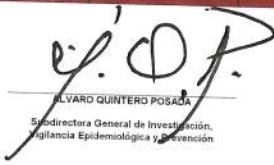
- Se modifica programación del indicador Porcentaje de ejecución del plan de cooperación, de acuerdo a solicitud de la Dirección General mediante correo electrónico de fecha 26 de julio 2023.
- Se modifica programación del indicador Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión (FURAG), de acuerdo con el cronograma remitido por el DAFP. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobado por la Dirección General.
- Se modifica programación del indicador Índice de transparencia, acceso a la información pública y libre de corrupción (Pérfoto de Transparencia MIPG), de acuerdo con el cronograma remitido por el DAFP. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobado por la Dirección General.
- Se ajustan los rangos de gestión de indicador Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes prioritarios de acuerdo a hallazgo de revisión fiscal. Solicitud realizada por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico y aprobada por la Dirección General.
- Se modifica programación de los indicadores Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales y Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, de acuerdo a solicitud del Asesor de Calidad mediante correo electrónico de fecha 26 de julio de 2023 y aprobada por la Dirección General.

CAROLINA WESNER GEBALLOS
Directora General

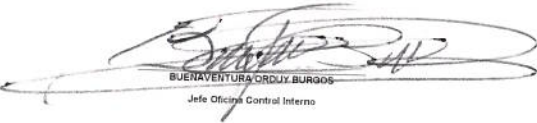
LINA MARIA TRUJILLO
Subdirectora General de Atención Médica y Docencia

LIA MARGARITA ALFARÉZ PUENTE
Subdirectora General de la Gestión Administrativa y Financiera

E.E	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PSI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN			SEGUIMIENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	HOMBRE	FÓRMULA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				



ALVARO QUINTERO POSADA
 Subdirectora General de Investigación,
 Vigilancia Epidemiológica y Prevención



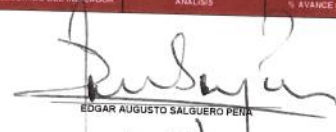
BUENAVENTURA ORDAZ BURGOS
 Jefe Oficina Control Interno



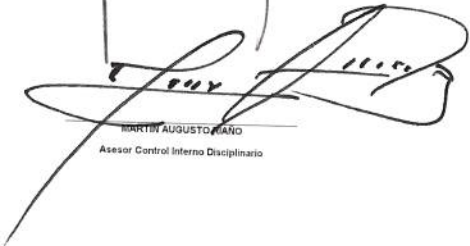
ADRIANA PATRICIA HERNÁNDEZ BAQUERO
 Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas



JORGE ORLANDO NEIRA ROLDÁN
 Asesor Jurídico



EDGAR AUGUSTO SALGUERO PEÑA
 Asesor de Calidad



MARTÍN AUGUSTO RUANO
 Asesor Control Interno Disciplinario

ELABORÓ				APROBÓ				APROBÓ			
Cargo	Profesional Universitario	Cargo		Cargo	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo		Cargo	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo	
Dependencia	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia		Dependencia	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia		Dependencia	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia	
Fecha	17-12-2020	Fecha		Fecha	17-12-2020	Fecha		Fecha	17-12-2020	Fecha	

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																		CÓDIGO:	GSF-P01-F-03							
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																		VERSION:	3							
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:	17-12-2020							
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.																		Página 1 de 1								
PROCESO:		Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																		VIGENCIA DEL POA:	2023							
OBJETIVO DEL LIDER POA		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																		PERIODO DE EVALUACIÓN:	3							
		Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica																										
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	SEGUIMIENTO 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	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Tareas específicas										1			Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud	Lista anual de necesidades de actualización de tecnología en salud	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica							
															1			Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud	Lista anual de prioridades de actualización de tecnología en salud	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica							
			Realizar el 100% anual de las evaluaciones de tecnologías sanitarias en salud (ETES) requeridas para la atención integral del paciente con cáncer	Coordinador 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					
						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%	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Calidad														100%	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 Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica		
			Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos																	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				
				Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica																8%	Porcentaje de reducción de obsolescencia en los equipos biomédicos del INC	Valor absoluto del porcentaje del índice de obsolescencia calculado de equipos biomédicos del INC	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica				
			Diseñar y ejecutar el 100% anual los planes de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados) y aseguramiento metrológico	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Calidad														1	Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados)	Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados).	Eficacia	Coordinador grupo gestión de ingeniería clínica					
						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 ejecución del plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados)	(Número de equipos médicos con Mantenimiento Preventivo cumplido. / Número de equipos médicos programados para Mantenimiento Preventivo) * 100	Eficacia	Tecnologo operativo Grupo Gestión de Ingeniería Clínica								
						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 ejecución del plan de mantenimiento de equipos en comodato, arriendo y otras modalidades	(Número de equipos médicos en comodato, arriendo y otras modalidades programados para Mantenimiento Preventivo) * 100	Eficacia	Profesional especializado Grupo Gestión de Ingeniería Clínica								
																	1	Plan de aseguramiento metrológico	Plan de aseguramiento metrológico	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica							
						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 cumplimiento del plan de metrología	(Número mediciones realizadas a los equipos biomédicos en el periodo)/(Número total mediciones planeadas a los equipos biomédicos en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica								
						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 cobertura del programa de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos biomédicos	(Número de capacitaciones realizadas en el uso seguro de equipos biomédicos)/(Número total de capacitaciones programadas en el uso seguro de equipos biomédicos) * 100	Eficacia	Coordinadora Grupo Gestión de Ingeniería Clínica								
																	1	Evaluacion de viabilidad para desarrollo de protocolos de calificación propios y laboratorio de metrologia	Evaluacion de viabilidad para desarrollo de protocolos de calificación propios y laboratorio de metrologia	Eficacia	Coordinador grupo gestión tecnología clínica							
																		1	Evaluacion de viabilidad para creación de laboratorio para el mantenimiento de equipos institucional	Evaluacion de viabilidad para creación de laboratorio para el mantenimiento de equipos institucional	Eficacia	Coordinador grupo gestión tecnología clínica						
			Ejecutar al 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Calidad				12%			12%								14%	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 / Apropriación definitiva del macroproyecto en su componente de tecnología biomédica) * 100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Profesional universitaria Grupo Gestión de Ingeniería Clínica				
								31%					50%							75%	Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	Porcentaje avance de actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Profesional universitaria Grupo Gestión de Ingeniería Clínica				
													31%							44%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	% cumplimiento de gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Profesional universitaria Grupo Gestión de Ingeniería Clínica				

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Infraestructura, gestión hotelera 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	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica Coordinador Grupo Gestión de Mantenimiento	Calidad	1 año 2023											1 año 2024	Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo	Documento plan de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, para la infraestructura y equipos industriales y de apoyo subido en SIAPINC	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 de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo	Número de mantenimientos preventivos realizados) (Número de mantenimientos preventivos programados) * 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 del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo	(Total solicitudes realizadas de mantenimiento correctivo de infraestructura, equipos indust y apoyo /No. Total solicitudes recibidas de mantenimiento correctivo infraestructura, equipos indust. y apoyo)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
						<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	<= 7 días	Oportunidad en el tiempo de respuesta de mantenimiento correctivo	(Sumatoria días desde solicitud mantenimiento hasta fecha que se realizó el mantenimiento correctivo / Total de solicitudes de mantenimiento correctivo) * 1	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
				Coordinador Grupo Gestión de Mantenimiento	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	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							
				Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica Coordinador Grupo Gestión de Mantenimiento	Tareas específicas			1 Diagnóstico		1 Seguimiento			1 Seguimiento		1 Seguimiento	Diagnostico reordenamiento de puestos de trabajo	Diagnostico reorganización de puestos de trabajo	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento								
				Coordinador Grupo Gestión de Mantenimiento	Tareas específicas									1			Manual de imagen institucional de espacios físicos de infraestructura	Manual de imagen institucional de espacios físicos de infraestructura	Eficacia	Coordinador grupo gestión de mantenimiento							
		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.	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	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	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos)							
																		Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC	% cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Área de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica						
			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	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	Proyectos especiales				1						1		Informe seguimiento aprobación de PRM de acuerdo con el PEMP	Informe seguimiento aprobación de PRM de acuerdo con el PEMP	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica							
			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	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			Min. 80% Est. 90% Máx. 95%			Min. 80% Est. 90% Máx. 95%				Min. 80% Est. 90% Máx. 95%			Min. 80% Est. 90% Máx. 95%	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 Operativo Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero					
							Min. 90% Est. 90% Máx. 95%			Min. 90% Est. 90% Máx. 95%			Min. 90% Est. 90% Máx. 95%			Min. 90% Est. 90% Máx. 95%	Porcentaje de Satisfacción servicio de Lavandería	(Número de respuestas Excelente y buena / (Total de preguntas realizadas (Número de encuestas aplicadas *4) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero							
	Salud		Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del	Coordinador Grupo Gestión	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%	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 Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero							

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Ambiental y Soporte Hotelero	Seguridad			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 satisfacción del servicio de vigilancia	(Número de pacientes y funcionarios que se consideraran satisfechos con el servicio de vigilancia en la institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir la satisfacción del servicio de vigilancia) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero				
			Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación (comunicaciones - diseñador gráfico)	Calidad			1										Plan de señalización integral e inclusiva actualizado	Plan de señalización integral e inclusiva actualizado	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
				Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	Calidad												100%	Porcentaje de cumplimiento de señalización integral e inclusiva	(Número de áreas con estándares de señalización integral e inclusiva / Total áreas del instituto definidas para la vigencia)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
Dirección	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 el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	Proyectos especiales													Porcentaje de implementación de transformación institucional en el componente tecnología clínica e infraestructura	(Número de actividades implementadas de transformación institucional en el componente tecnología clínica e infraestructura / Número de actividades de transformación institucional en el componente tecnología clínica e infraestructura l)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica				
				Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica																					
Dirección	Gestión del desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GTC	Mapa de riesgos del proceso GTC actualizado versión 2024	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
									100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos proceso GTC	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso GTC /Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso GTC)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Min. 0% Est. 10% Máx. 20%	Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GTC / Total de riesgos identificados proceso GTC)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento				
		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%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC	(Número de indicadores de proceso GTC con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%		100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue 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 y Sistemas				
		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%	Coordinadores de grupos áreas y grupos	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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min. 80% Est. 85% 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 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	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Min. 80% Est. 85% 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 y Sistemas				

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	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 GTC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GTC) * 100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación.				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GTC)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				
OBSERVACIONES.																									
1. Se ajustas las metas trimestrales de los indicadores Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica y Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica. De acuerdo con las metas trimestrales remitidas por el grupo de proyectos mediante correo de fecha 16 de mayo de 2023																									
2. Se incluye el indicador Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto en su componente de adquisición de tecnología biomédica, de acuerdo al correo remitido por la Coordinadora Grupo Tecnología Clínica de fecha 5 de junio de 2023																									
3. Se eliminan los indicadores Porcentaje de ejecución del presupuesto del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC y Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto en su componente de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC. Se deja en POA el indicador Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC de acuerdo al correo remitido por el Coordinador Grupo Área Gestión Tecnología Clínica. e Infraestructura de fecha 6 de junio de 2023																									
4. Se modifica la meta del mes de diciembre del indicador Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del INC, de acuerdo a solicitud realizada por el Coordinador Grupo Área Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura mediante oficio INT-OFI-06357-2023 y aprobada por la Subdirectora Administrativa y Financiera																									

Lia Margarita Alvarez Punte

Firmado digitalmente por Lia Margarita Alvarez Punte
Fecha: 2023.10.10 10:57:40 -05'00'

LIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE

Subdirectora General de la Gestión Administrativa y Financiera

Francy Ines Rojas Alvarado

Firmado digitalmente por Francy Ines Rojas Alvarado
Fecha: 2023.09.29 14:50:53 -05'00'

FRANCY INES ROJAS ALVARADO

Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

Juan Sebastian Ruiz Angarita

Firmado digitalmente por Juan Sebastian Ruiz Angarita
Fecha: 2023.09.29 12:52:01 -05'00'

JUAN SEBASTIAN RUIZ ANGARITA

Coordinador Grupo Gestión Mantenimiento

Rafael Fernando Urquina Guerrero

Firmado digitalmente por Rafael Fernando Urquina Guerrero
Fecha: 2023.09.18 09:52:55 -05'00'

RAFAEL FERNANDO URQUINA GUERRERO

Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica

Andrea Lisset Perez Salamanca

Firmado digitalmente por Andrea Lisset Perez Salamanca
Fecha: 2023.09.29 14:06:03 -05'00'

ANDREA LISSET PÉREZ SALAMANCA

Coordinadora Grupo Gestión de Ingeniería Clínica

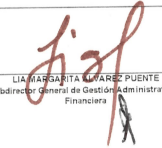
ELABORO				REVISÓ				APROBO			
Cargo:	Profesional Universitario			Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas		
Fecha:	17-12-20			Fecha:	17-12-20			Fecha:	17-12-20		

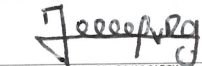
		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																CODIGO: 08/PTJ-03								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VERSIÓN: 3								
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente 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: 2023						
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:		Gestión y Desarrollo del Talento Humano																		PERIODO DE EVALUACIÓN:						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Promover, mantener y proveer oportunamente al 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	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS	
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	Optimizar y estandarizar el procedimiento de selección de talento humano máximo en 55 días	Lider grupo gestión ciclo de vida laboral	Tareas específicas		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 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) * 1	Eficacia	Coordinador grupo gestión ciclo de vida laboral					
						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 culminadas) * 1	Eficacia	Coordinador grupo gestión ciclo de vida laboral						
			Medir y hacer seguimiento las convocatorias desiertas en un 100%	Lider grupo gestión ciclo de vida laboral	Tareas específicas						=5%							=5%	Porcentaje de convocatorias desiertas	(Número de convocatorias desiertas/Total de convocatorias)*100	Eficacia	Coordinador grupo gestión ciclo de vida laboral				
			Diseñar e implementar al 100% un procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades de acuerdo con las funciones en los servicios cuando se presenten cambios en los cargos	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación Médico especialista Salud Pública	Tareas específicas														100%	Porcentaje de implementación del procedimiento para la transmisión de conocimiento y habilidades en el IIC	(Número de actividades implementadas del documento mapas del conocimiento / (Número de actividades programadas del documento mapas del conocimiento)*100	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación			
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	Promover la política de trabajo mejor remunerado en el IIC mediante la búsqueda un régimen laboral especial que reconozca las actividades de docencia, investigación y asistencia	Coordinador grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano	Tareas específicas	27/01/2023												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	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
						3/02/2023	6/03/2023	5/04/2023	5/05/2023	5/06/2023	5/07/2023	4/08/2023	5/09/2023	5/10/2023	5/11/2023	5/12/2023	30/12/2023	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	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
						10/02/2023	10/03/2023	10/04/2023	10/05/2023	9/06/2023	10/07/2023	10/08/2023	8/09/2023	10/10/2023	10/11/2023	7/12/2023	27/12/2023	Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Ilesos)	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal de prestación de servicios (Ilesos)	Eficacia	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
						10/02/2023	10/03/2023	10/04/2023	10/05/2023	8/06/2023	10/07/2023	10/08/2023	8/09/2023	10/10/2023	10/11/2023	7/12/2023	27/12/2023	Oportunidad de la liquidación de honorarios de contratistas de prestación de servicios (Administrados)	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	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
						30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	30 días posterior a la fecha de radicación de la factura	Oportunidad en la entrega de facturas de empresas externalizadas a financiera	Sumatoria entre el primer día del mes y el día de entrega de soporte para pago de financiera del personal externalizado	Eficacia	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
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	Coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano	Tareas específicas	1												Resolución y programa de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales	Resolución y programa de capacitación actualizado y aprobado de acuerdo a los lineamientos normativos y necesidades institucionales	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
																		Porcentaje de ejecución de actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes	(Número de actividades ejecutadas del programa de capacitación)/(Total de actividades programadas para el periodo del programa de capacitación) * 100	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
																		Porcentaje de ejecución presupuestal del programa de capacitación en cada uno de sus ejes	(Compromiso acumulado para el programa de capacitación en cada uno de sus ejes)/(Apropiación definitiva para el programa de capacitación en cada uno de sus ejes) * 100	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
																		Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en cada uno de sus ejes	(Ero asistentes a las actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes)/(Total de asistentes programados a las actividades para el periodo del programa de Capacitación) * 100	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
																		Porcentaje de capacitaciones con medición de apropiación de conocimiento (pre - post o informe)	(Número de capacitaciones realizadas con medición de apropiación de conocimiento / Total de capacitaciones programadas para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Medir, diseñar el mecanismo para disminuir el índice de rotación externa de los ases (o) cargos que presentan mayor porcentaje	Profesional especializado grupo gestión de planificación, remuneración y registro	Tareas específicas						Min. 5 Est. 15 Max. 15							Rotación del personal	(Número de trabajadores retirados)/(Promedio(cargos provistos al inicio-cargos provistos al final)*(2))	Eficacia	Profesional universitario grupo gestión de de planificación, remuneración y registro del talento humano					
																100%		Porcentaje de implementación de los mecanismos para disminuir el índice de rotación externa (plan de bienestar, capacitación, incentivos, intervención de clima y riesgo, transformación institucional, alineación de procesos y procedimientos con feticerizados)	(Número de mecanismos para disminuir el índice de rotación externa implementados / Total de mecanismos para disminuir el índice de rotación programados)	Eficacia	Coordinador grupo gestión de Planificación, remuneración y registro del talento humano					

EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN					
						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	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)	Coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano	Tareas específicas	1												Plan de incentivos para funcionarios de carrera y libre nombramiento y remoción	Plan de incentivos para funcionarios de carrera y libre nombramiento y remoción	Eficacia	Coordinador grupo área gestión y desarrollo del talento humano						
																		100%	Porcentaje de ejecución del plan de incentivos	$(\text{Número de actividades ejecutadas del plan de incentivos} / \text{Total de actividades programadas del plan de incentivos}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
						1													Resolución del programa de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa	Resolución del programa de bienestar que incluya el esquema de reconocimiento para servidores distintos a los de carrera administrativa	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
																			100%	Porcentaje de ejecución de actividades del programa de bienestar	$(\text{Número de actividades ejecutadas del programa de bienestar} / \text{Total de actividades del programa de bienestar programadas}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación				
																			100%	Porcentaje de ejecución presupuestal del programa de bienestar	$(\text{Compromiso acumulado para el programa de bienestar} / \text{Aprobación definitiva para el programa de bienestar}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación				
																			100%	Porcentaje de cobertura del programa de bienestar	$(\text{Número asistentes a las actividades del programa de capacitación en cada uno de sus ejes} / \text{Total de asistentes programados a las actividades para el periodo del programa de capacitación}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación				
				Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas													Min 65% Est 60% Máx 100%	Porcentaje de satisfacción de las actividades del programa de bienestar	$(\text{Sumatoria de respuestas satisfactorias de las actividades realizadas de bienestar} / \text{Total de preguntas respondidas en la encuesta de satisfacción de las actividades de bienestar}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación					
						1												Resolución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Resolución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo						
																		Min 60% Est 50% Máx 100%	Porcentaje de ejecución del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	$(\text{Número de actividades ejecutadas para el periodo del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo} / \text{Total de actividades planeadas del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo para el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo					
																			Matriz de seguimiento a la gestión de los artículos pactados en el acuerdo sindical y convención colectiva	Matriz de seguimiento a la gestión de los artículos pactados en el acuerdo sindical y convención colectiva	Eficacia	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
																			Oportunidad en la elaboración y expedición de actos administrativos	$(\text{Sumatoria de días desde que se recibe la solicitud en planificación, remuneración y registro del talento humano hasta la elaboración del acto administrativo} / \text{Total de solicitudes}) * 1$	Eficacia	Profesional universitario grupo gestión de planificación, remuneración y registro del talento humano					
																			Medición de cultura organizacional	Informe de medición de cultura organizacional	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo					
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	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación Coordinadora grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas												72	Resultado de medición de cultura organizacional	Resultado de medición de cultura organizacional	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo						
																			Documento de intervención para fortalecimiento cultura organizacional	Documento de intervención para fortalecimiento cultura organizacional	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo					
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	Coordinador grupo gestión de bienestar y capacitación Coordinadora grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas													100%	Porcentaje de ejecución del plan de intervención de clima y riesgos	$(\text{Número de actividades implementadas del plan de intervención de clima y riesgos} / \text{Total de actividades programadas del plan de intervención de clima y riesgos}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo					
																			100%	Porcentaje de implementación de la estrategia de hábitos de vida saludables, incluye creación tabaquera) y espacios de trabajo seguros	$(\text{Número de actividades de la estrategia de hábitos de vida saludables y espacios de trabajo seguros implementadas} / \text{Número de actividades de la estrategia de hábitos de vida saludables y espacios de trabajo seguros programadas}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo				
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Disminuir el índice frecuencia de accidentalidad institucional	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Min 0.25 Máx 1.12	Frecuencia de accidentalidad en el ITC - R-0312	$(\text{Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes} / \text{Número de trabajadores en el mes}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	ASOCIAR DEL PROCESO						
Apoyo	Gestión del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir el ausentismo por las causas definidas en el estudio en el 5% (de acuerdo con el diagnóstico institucional)	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas													≤6%	Porcentaje de ausentismo por causas definidas	$(\text{Horas de ausencia por incapacidad laboral o común en el periodo} / \text{Número de horas hombre programadas en el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo					
																			100%	Porcentaje de implementación de las estrategias para disminuir las causas de ausentismo	$(\text{Número de estrategias implementadas para disminuir las causas de ausentismo} / \text{Total de estrategias programadas para disminuir las causas de ausentismo}) * 100$	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo				

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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 del Talento Humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir el índice de severidad de los accidentes	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	Tareas específicas	Min: 1.00 Est: 5.00 Max: 10.00												Severidad de accidentalidad en el IJC- R-0312	Índice de severidad (resultado)	Eficacia	Coordinador grupo gestión seguridad y salud en el trabajo	ASOCIAR DEL PROCESO			
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto (Iacional de Canceroología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión institucional	Elaborar el documento de redireccionamiento institucional e implementar la propuesta organizacional aprobada	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Proyectos especiales											100%	Porcentaje de implementación de transformación institucional en el componente de talento humano	(Número de actividades implementadas de transformación institucional / Número de actividades de transformación institucional en el componente de talento humano)*100	Eficacia	Coordinadora grupo área gestión y desarrollo de talento humano					
Apoyo	Gestión de la Tecnología a	Planear e implementar la transformación digital del Instituto (Iacional de Canceroología apoyada en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Definir las alternativas tecnológicas para talento humano (permisos e incapacidades electrónicas, certificación con funciones, historia ocupacional electrónica, encuestas satisfacción, comprobante de nómina, novedades administrativas, evaluación de desempeño)	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Tareas específicas			1										Documento con la propuesta de las alternativas de desarrollos tecnológicos para el proceso de gestión y desarrollo del talento humano	Documento con la propuesta de las alternativas de desarrollos tecnológicos para el proceso de gestión y desarrollo del talento humano	Eficacia	Coordinadora grupo área gestión y desarrollo de 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%	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH Versión 2024	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
																			Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GTH	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso GTH / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso GTH) * 100	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación			
						Min: 0% Est: 10% Max: 20%													Porcentaje de riesgos materializados	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso GTH / Total de riesgos identificados proceso GTH)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo de Talento Humano			
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%	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Calidad			100%			100%						100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GTH	(Número 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				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA de proceso GTH	(Número 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				
						100%	100%	100%	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				
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	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Calidad												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 asesora de calidad					
																		Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GTH	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GTH/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritarios proceso GTH)*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 IJC	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso GTH	Tareas específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de entrega en los adjuntos previos del proceso GTH	(No. de ítems del proceso GTH entregados en el periodo según cronograma)/(No. de ítems definidos en el periodo para el proceso GTH)*100	Eficacia	Coordinador grupo área gestión contractual				
						= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	= 5 días	Oportunidad en la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar proceso GTH) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación					
						= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en control de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso GTH)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					

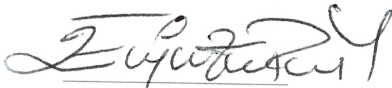
Observaciones:
1. Se modifica la programación de los indicadores: Porcentaje de ejecución de actividades del programa de bienestar y Porcentaje de ejecución presupuestal del programa de bienestar, de acuerdo a solicitud realizada por el coordinador del grupo gestión de bienestar y capacitación mediante oficio IJC-OFI-Q410-2023 y aprobado por la Subdirectora General de la Gestión Administrativa y Financiera
2. Se modifica la programación del indicador Medición de cultura organizacional de acuerdo a solicitud realizada por la Coordinadora Grupo Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo mediante oficio IJC-OFI-Q4090-2023 y aprobado por la Directora General


LILIA MARGARITA ALVAREZ PUENTE
Subdirectora General de Gestión Administrativa y Financiera


JENNY ALEXANDRA ROJAS GARCIA
Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano


VICTOR JULIO TORRESMURIILLO
Coordinador Grupo Gestión de Bienestar y Capacitación

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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



ERICA JOHANA POVEDA MONTAÑO
Coordinadora Grupo Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo



HERMENEGILDO HERNÁNDEZ LÓPEZ
Coordinador (E) Grupo Administración del Talento Humano

Aprobo				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	17-12-20			Fecha	17-12-20			Fecha	17-12-20		

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE																CÓDIGO:		GSI-P01-F-03						
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:		3						
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VIGENCIA:		17-12-2020						
																		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:		2023						
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:		5						
PROCESO:		Investigación																PERIODO DE EVALUACIÓN:								
OBJETIVO DEL LÍDER POA		Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																								
EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	
Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Revisar y actualizar la política de investigación	Coordinador Grupo Area de Investigación Profesional especializado Subdirección de investigaciones	Tareas especificas												1		Documento propuesta de la política de investigación presentado ante comité directivo	Documento análisis de la propuesta de la política de investigación actual 2020-2022	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
			Mejorar en 16% el porcentaje de cierre de los proyectos de investigación	Coordinador grupo área investigaciones Coordinador grupo apoyo y seguimiento para la investigación	Calidad												>=70%	Porcentaje de estudios de investigación cerrados	(Número de estudios cerrados acumulados)/([Total de proyectos programados para cierre acumulados] * 100	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
																>=90%	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	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación						
			Mantener el certificado de buenas practicas clinicas - BPC en investigación	Coordinador grupo área investigación Médico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer	Tareas especificas											1		Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación	Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
		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	Presidente comité de ética en investigación	Calidad							30 dias						30 dias	Oportunidad en la evaluación de los proyectos nuevos extrainstitucionales patrocinados por la industria por parte de comité de ética	(Sumatoria de los dias transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité *(tiempo efectivo del comité) /Nro de proyectos extrainstitucionales patrocinados por la industria gestionados en el periodo) * 1 *Tiempo efectivo del comité.Teniendo en cuenta descontar los dias muertos y los dias en que el investigador se demora en dar respuesta	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación				
																		50 dias	Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación nuevos no patrocinados por la industria por parte de comité de ética	(Sumatoria de los dias transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité *(tiempo efectivo del comité) / Nro de proyectos nuevos no patrocinados por la industria gestionados en el periodo) * 1 *Tiempo efectivo del comité.Teniendo en cuenta descontar los dias muertos y los dias en que el investigador se demora en dar respuesta	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación				
																		Min 35 Est 45 Max 55	Oportunidad en la respuesta a solicitudes generales	Sumatoria de los dias transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité *(tiempo efectivo del comité) / Nro de solicitudes gestonadas en el periodo * 1 *Tiempo efectivo del comité.Teniendo en cuenta descontar los dias muertos y los dias en que el investigador se demora en dar respuesta	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación				
																	1	Informe de resultado de percepción del comité de ética en investigación basado en la encuesta aplicada	Informe de resultado de percepción del comité ética en investigación basado en la encuesta aplicada)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación					

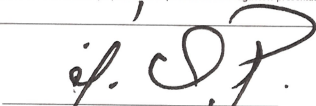
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS
Misional	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	Presidente comité editorial	Calidad												120 días	Oportunidad global en la evaluación de artículos por el Comité de Publicaciones Científicas del INC	Mediana de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta final a cada artículo sometido (aprobado, rechazado, retirado).	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
																	Linea base	Oportunidad global en la publicación de artículos aprobados por el comité editorial del INC	Mediana de los días transcurridos entre la aprobación y la publicación de cada artículo	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
																	1	Recuperar la indexación en Publindex de la Revista Colombiana de Cancerología	Categoría obtenida por la Revista en la Convocatoria efectuada en el año anterior	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
																	Linea base	E- Índice de citaciones de la Revista Colombiana de Cancerología	(Número de citaciones efectuadas en CLARIVATE durante los últimos dos años (2021 y 2022) de artículos publicados en la RCCAN hace tres años (2020)) / (Total de artículos publicados en la RCCAN hace tres años (2020)) *1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
																	6	Indexaciones vigentes de la Revista Colombiana de Cancerología (RCCAN)	Número de indexaciones activas	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
																	180 días	Oportunidad en la evaluación de otros documentos técnicos (diferentes a artículos) por el Comité de Publicaciones Científicas del INC	Mediana de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta final a otros documentos técnicos diferentes a artículos.	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Editora Asistente.				
		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	Coordinador Grupo Área Investigación Director Técnico del BNTTF	Tareas específicas												1	Número de proyectos de investigación nuevos con la red, con uso de muestras del BNTTF (al menos 1)	Número de proyectos de investigación nuevos con la red, con uso de muestras del BNTTF (al menos 1)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador Grupo Área Investigación	Tareas específicas					1						1	Actividades académicas dirigidas a los investigadores de la Red	Número de actividades académicas dirigidas a los investigadores de la Red	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
			Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer	Coordinador Grupo Área Investigación Coordinadores grupos INV	Tareas específicas												1	Acuerdos de cooperación internacional de investigación en cáncer formalizados en la vigencia	Número de acuerdos de cooperación internacional de investigación en cáncer formalizados	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador Grupo Área Investigación Coordinadores grupos INV	Tareas específicas											1	Proyectos de investigación nuevos con acuerdo de cooperación internacional formalizado	Número de proyectos de investigación nuevos con acuerdo de cooperación internacional formalizado	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
			Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales	Médico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer	Tareas específicas												2	Perfil de idea socializados en SWOG	(Número de perfiles de idea socializados en SWOG)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
					Tareas específicas											1	Informe de la red SWOG presentado en comité científico	Informe de la red SWOG presentado en comité científico	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área 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 en las líneas de interés institucional, con participación transdisciplinar	Coordinador grupo área investigación	Tareas específicas											4	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				

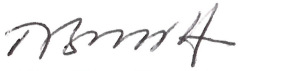
EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS
		Incrementar 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 en las líneas de interés institucional, con participación transdisciplinar	Coordinador grupo área investigación Coordinador grupo área salud pública	Tareas específicas											8		Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento enmarcados en las líneas de interés institucional	Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento enmarcados en las líneas de interés institucional	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador grupo área investigación Coordinador grupo área salud pública	Tareas específicas											50		Número de ponencias en eventos científicos	Número de ponencias en eventos científicos	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
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	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador grupo área investigaciones Coordinadores de grupos de INV	Tareas específicas											1.0		Razón de artículos científicos aprobados en revistas cuartil (Q1, Q2, Q3, Q4) de ISI, por cada tiempo completo a la Subdirección de Investigación	Número de artículos científicos aprobados en revistas cuartil (Q1, Q2, Q3, Q4) de ISI, por cada tiempo completo a la Subdirección de Investigación	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
					Tareas específicas											2.0		Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo dedicado en la subdirección de investigaciones	(Número artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas) / (Tiempo completos dedicados en la subdirección de investigaciones) * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador grupo área investigaciones Coordinador grupo área salud pública	Tareas específicas											1.0		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	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador GASPI	Proyectos especiales													Aplicativo de productividad científica	1. Informe de avance aplicativo de productividad científica desarrollado 2. Documento gestionado subdirección administrativa	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador grupo área investigaciones Coordinadores de grupos de INV	Tareas específicas											4		Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área 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)	Coordinador grupo área investigaciones Coordinador grupo área salud pública	Productividad												Min: 1.00 Est: 2.00 Max: 4.00	Factor de impacto en integración de conocimiento	(Citas 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) * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
																	100%	Porcentaje de cumplimiento de actividades del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC	(No actividades ejecutadas del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC) / (Total de actividades programadas del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC) * 100	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública				
				Médico especialista salud pública	Tareas específicas												100%	Porcentaje de ejecución presupuestal del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC	(Compromiso acumulado del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC / Apropriación definitiva del proyecto de mejoramiento de laboratorio de Cocreación para la innovación INC) * 100	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública				

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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		
Misional	Salud publica	Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	Iniciar o actualizar guías de Práctica Clínica al año	Médico especialista grupo investigación clínica	Calidad												1	Guías de practica clinica iniciadas	Número de guías de practica clínica iniciadas	Eficiencia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista lider Guías						
																		4	Guías de practica clinica terminadas	Número de guías de practica clínica terminadas	Eficiencia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista lider Guías					
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de INV	Optimización de recursos				50%								100%	Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto de investigación	(Compromiso acumulado del macroproyecto de investigación / Apropriación definitiva del macroproyecto de investigación)*100	Eficiencia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora planeación y sistemas - proyectos Análisis: Coordinador grupo área investigación						
									10%								100%	Porcentaje de avance de las actividades del macroproyecto de investigación	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto de investigación	Eficiencia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora planeación y sistemas - proyectos Análisis: Coordinador grupo área investigación						
Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de INV	Calidad											1	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV versión 2024	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación							
									100%							100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso INV	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso INV / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso INV) * 100	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación							
						Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Min 0% Est: 10% Max: 20%	Porcentaje de riesgos materializados proceso INV	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso INV / Total de riesgos indentificados proceso INV)*100	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación							
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%	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de INV	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue 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	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemass Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
																			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV	(Numero 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				
																			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				
ión	porativa		Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de INV	Calidad													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						

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												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
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	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de 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	Coordinador grupo área investigación Coordinadores de grupos de INV	Calidad	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				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar proceso INV) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso INV)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:
Se recibe solicitud mediante oficio Radicado No. INT-OFI-01818-2023, en el cual solicitan realizar los siguientes ajustes:
1. Se modifica periodicidad del indicador Actividades académicas dirigidas a los investigadores de la Red de abril a mayo y de agosto a noviembre de 2023.
2. Se modifica el nombre y fórmula del indicador Oportunidad global en la evaluación de artículos por el comité editorial del INC por Oportunidad global en la evaluación de artículos por el Comité de Publicaciones Científicas del INC y Mediana de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta final a cada artículo sometido (aprobado, rechazado, retirado) respectivamente.
3. Se modifican el nombre, fórmula y meta del indicador Indexaciones de la Revista Colombiana de Cancerología (RCCAN) por Indexaciones vigentes de la Revista Colombiana de Cancerología (RCCAN), fórmula Número de las indexaciones vigentes y meta 6
4. Se modifican el nombre y la fórmula del indicador de Oportunidad en la evaluación de otras publicaciones (diferentes a artículos) por el comité editorial del INC, por Oportunidad en la evaluación de otros documentos técnicos (diferentes a artículos) por el Comité de Publicaciones Científicas del INC y Mediana de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta final a otros documentos técnicos diferentes a artículos respectivamente.
De acuerdo con correo remitido por el grupo de proyectos de fecha 16 de mayo de 2023.
5. Se ajustan las metas del indicador Porcentaje de ejecución de presupuesto del macroproyecto de investigación.
Mediante oficio INT-OFI-06106-2023 se realizan los siguientes ajustes, aprobados por la Directora General:
6. Se ajusta la programación del indicador "Perfil de idea socializados en SWOG" de acuerdo a solicitud realizada por la Coordinadora del Grupo Área de Investigaciones.
Mediante oficio Radicado No. INT-OFI-07070-2023 dirigido a la Dra. Carolina Wiesner apueba la siguiente modificación:
7. Se modifica la fórmula del indicador "Documento propuesta de la política de investigación presentado ante comité directivo" de Documento de la propuesta de la política de investigación a Documento análisis de la propuesta de la política de investigación actual 2020-2022


ALVARO QUINTERO POSADA
Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia epidemiológica, promoción y prevención


MARIA MERCEDES BRAVO
Coordinador Grupo Biología del Cáncer


MIGUEL ZAMIR TORRES
Coordinador Grupo Apoyo y Seguimiento para la Investigación (SE)


ALBA LUCÍA COMBITA ROJAS
Coordinador Grupo Área Investigaciones


JOSE ALEXANDER CARREÑO
Coordinador Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer

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	17-12-20		Fecha	17-12-20		Fecha	17-12-20	

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO: GSI-P01-F-03								
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN: 3								
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																VIGENCIA: 17-12-2020								
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: 2023								
PROCESO:		Salud Pública																VERSIÓN: 5								
OBJETIVO DEL LÍDER POA:		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.																PERÍODO DE EVALUACIÓN:								
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		EJECUCIÓN			SEGUIMIENTO			
						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	Salud Pública	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo modificables en cáncer	Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales en salud pública para el cáncer	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales												2	Proyectos/programas de investigación en salud pública para el cáncer	Carta de aprobación del comité de ética institucional de los proyectos de investigación	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
			Fortalecer la aplicación del convenio marco de la Organización Mundial de la salud para el control del tabaco en el país	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas													1 (piloteaje)	MoVida de formación de líderes de población escolarizada de 5° y 6° de Institutos Educativos Departamentales/distritales (IED)	MoVida con documento diseñado y piloteado en una IED de Bogotá	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Promoción de la actividad física	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas						3							2	MoVidas comunitaria para promoción de la actividad física como factor protector para reducción del riesgo de cáncer (día del cáncer, cáncer infantil, cáncer de mama, cáncer de cuello y tabaco)	Informe con la estrategia implementada (movilización comunitaria para promoción de la actividad física como factor protector para reducción del riesgo de cáncer (día del cáncer, cáncer infantil, cáncer de mama, cáncer de cuello y tabaco: 5 días)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas			1 (5% entidades territoriales)			1 (5% entidades territoriales)			1 (5% entidades territoriales)			1 (5% entidades territoriales)	MoVidas de comunicación pública dirigida a población general, orientadas a estimular el consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable, mediante canales institucionales y digitales (PUBLINC).	20 % de las entidades territoriales objetivo (32 capitales de departamento, 32 departamentos y 5 distritos) con descarga de la APP PUBLINC y de las publicaciones de Alimentación Sana (20% para el año)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
			Conocer la situación de cáncer ocupacional en Colombia	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales													1	Compilación, análisis y elaboración del manuscrito de Análisis de Situación de Cáncer Ocupacional en Colombia	Manuscrito de Análisis de Situación de Cáncer Ocupacional en Colombia entregado a la Subdirección de Investigaciones	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales													1	Dialogo con actores para la identificación de estrategias de movilización y control social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios	Documento de resultados de las estrategias movilización y control social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
		Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer.	Generar estrategias de movilización social de interés institucional frente a los proyectos de ley para el control del cáncer	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas												2	Documentos técnicos con la postura institucional dirigidos a temas de coyuntura política para el control del cáncer	Cuatro documentos técnicos con la postura institucional	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
			Realizar vigilancia política, legislativa y de medios de comunicación para el control del cáncer.	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas						1							1	Boletines legislativos y políticos con información relevante para el control del cáncer	Boletines legislativos y políticos con información relevante para el control del cáncer sometidos al comité editorial	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Realizar vigilancia política, legislativa y monitoreo de medios de comunicación para el control del cáncer.	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas													2	Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Cuatro acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
				Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Tareas específicas			1										1	Número de acciones de réplica a los medios de comunicación	Número de acciones de réplica a los medios de comunicación	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			"Formular e implementar un programa de cesación de consumo de tabaco en el Instituto Nacional de Cancerología"	Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Tareas específicas													1	Programa de cesación de consumo de tabaco en el Instituto Nacional de Cancerología	Documento del Programa de cesación de consumo de tabaco en el Instituto Nacional de Cancerología diseñado	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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		
Misional	Salud Pública		Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH	Coordinador de Grupo Área Salud Pública	Proyectos especiales												70% Acumulado (implementación del programa 2020- 2023)	Porcentaje de la implementación del plan para recuperar la confianza de la vacuna del VPH	(Número de actividades realizadas para la implementación del plan para recuperar la confianza en la vacuna del VPH/ Total de actividades programas para la implementación de la vacuna del VPH)*100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
		Mantener el monitoreo de la vacunación contra el cáncer de cuello uterino	Coordinador Grupo Área de Salud Pública Coordinador Grupo Área Investigación	Tareas específicas												1	Continuar con el alistamiento del municipio centinela con aseguradores para elaborar el análisis de lesiones precancerosas y la prevalencia del VPH.	Informe con los resultados del alistamiento del municipio centinela con aseguradores para elaborar el análisis de lesiones precancerosas y la prevalencia del VPH.	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública							
		Fortalecer el Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia.	Coordinador Grupo Área de Salud Pública	Tareas específicas												1	Documento de implementación del micrositio web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia	Documento de implementación del micrositio web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública							
		Planeación y logística para Implementación de CPRED regionales	Coordinador Grupo Área de Salud Pública	Proyectos especiales												1	Informe de planeación y logística para la implementación de CPRED regionales	Informe de planeación y logística para la implementación del programa de acciones territoriales de salud pública.	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área 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	Grupo Área de Salud Pública	Tareas específicas												5	Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres prioritizados realizados	Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres prioritizados realizados	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
				Grupo Área de Salud Pública	Tareas específicas												5	Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas	Número de brigadas de prevención y detección temprana realizadas	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área 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.	Coordinador Prevención y Detección temprana Grupo de Patología	Tareas específicas												1	Iniciar fase de diagnóstico y articulación para la formulación de un programa de garantía de calidad en citología cervicouterina	Informe de mesas técnicas realizadas Documento preliminar del programa de garantía de calidad en citología cervicouterina	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área 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.	Coordinador Prevención y Detección temprana	Tareas específicas												1	Iniciar fase de diagnóstico y articulación para la formulación de un programa de garantía de calidad en pruebas moleculares para VPH	Informe de mesas técnicas realizadas	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
		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.	Coordinador Prevención y Detección temprana	Tareas específicas										4	4	Número de instituciones con visita de control calidad a servicios de mamografía	Número de instituciones con visita de control calidad a servicios de mamografía	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
			Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país	Transformar el modelo de control integral del cancer y modelo de cuidado del paciente con cancer en un modelo de innovación para la acción contra el cancer.	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas												3	Mesas técnicas realizadas para la revisión de los modelos de control y de cuidado	Número de mesas técnicas realizadas para la revisión de los modelos de control y de cuidado	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
																		1	Documento propuesta del modelo	Documento propuesta del modelo	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
										3					3			2	Número de asistencias técnicas realizadas	Número de asistencias técnicas realizadas por año (8)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
				Fortalecer la presencia del Instituto en los territorios a través de convenios de cooperación macro y la implementación de los mismos	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas						50%							100%	Porcentaje de implementación de los convenios firmados en el año 2022	Número de actividades realizadas de los convenios firmados/ total de actividades programadas en los convenios firmados *100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
					Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas												2	Convenios nuevos firmados	Elaboración y firma de al menos 2 convenios nuevos	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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
Misional		Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	Mantener los cinco (5) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas											5		Número de convenios de registros poblacionales vigentes	Número de convenios de registros poblacionales vigentes	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Publicar el anuario estadístico en la vigencia siguiente	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas												1	Anuario estadístico 2022 publicado en la web	Anuario estadístico 2022 publicado en la web	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Publicar el boletín epidemiológico del INC en la vigencia siguiente	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas												1	Boletín epidemiológico No. 16, 2023 publicado en la web	Boletín epidemiológico No. 16 2023 publicado en la web	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Actualizar la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en Infocancer	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas										1			Infocancer con información anual actualizada, mortalidad nacional 2021, quinquenio 2013-2017 RPC Cali	Infocancer con información anual actualizada	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Ofrecer al menos una asistencia técnica anual a los registros poblacionales a nivel nacional	Coordinador de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas											1		Asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual	Número de asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional a través de la realización de un taller anual	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Mantener la vigilancia de la supervivencia global institucional	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas			1		1		1		1		1		Supervivencia Global Institucional	Estimaciones tasas globales de supervivencia para los cánceres prioritizados (mama, cuello uterino, colorrectal, estómago y próstata)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
	Docencia	Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión)	Desarrollar actividades de educación comunitaria sobre prevención y detección temprana del cáncer	Coordinador de Prevención y detección temprana del cáncer	Tareas específicas				3					4			4	Actividades de educación comunitaria realizadas en el periodo	Número de actividades de educación comunitaria realizadas en el periodo	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
			Desarrollar cursos presenciales de fortalecimiento de capacidades para prevención y detección temprana del cáncer para profesionales de la salud	Coordinador de Prevención y detección temprana del cáncer	Tareas específicas							2		2			2	Cursos presenciales de fortalecimiento de capacidades de prevención y detección temprana realizadas en el periodo	Númer de cursos presenciales de fortalecimiento de capacidades de prevención y detección temprana realizadas en el periodo	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual.	Coordinador grupo área Coordinador grupo prevención y detección temprana Coordinador grupo evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	Proyectos especiales						37%				55%		100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto Plan Decenal de Salud Publica	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto del Plan Decenal de Salud Publica	Eficiencia	Dato: Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas Análisis: Coordinador Grupo Area Salud Publica				
																1		Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB	Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB versión 2024	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Calidad				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso SPB	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso SPB / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo proceso SPB) * 100	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
						Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Min 0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados proceso SPB	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso SPB / Total de riesgos identificados proceso SPB)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Salud Publica				
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%	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso SPB	(Numero de indicadores de proceso SPB con dato y analisis / Total de indicadores de proceso SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemass Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%		100%			100%				100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso SPB	(Numero de indicadores POA proceso SPB con dato y analisis / Total de indicadores POA SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
						100%	100%	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				

5
2

EJE	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	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	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	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Calidad									Min. 80% Est. 90% Max. 100%				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 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	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Calidad									Min. 80% Est. 90% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso SPB/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso SPB)*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	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso SPB entregados oportunamente	(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				
						<= 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 la evaluación técnica de ofertas	(Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación / Total de ofertas a evaluar proceso SPB) *1	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión de Compras y Contratación				
						<= 15 días	<= 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 de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas / Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso SPB)*1	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:

1. Se ajusta programación de los indicadores. Documentos técnicos con la postura institucional dirigidos a temas de coyuntura política para el control del cáncer y Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa de acuerdo a solicitud realizada por la Dra. Devi Nereida Puerto Jiménez, Coordinadora Grupo Área de Salud Pública mediante oficio INT-OFI-017-56-2023 de fecha 13 de marzo 2023

2. Se modifica programación y meta del indicador: Mesas técnicas realizadas para la revisión de los modelos de control y de cuidado de acuerdo a solicitud realizada por el Dr Alvaro Quintero Posada, Subdirector Gral de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Prom. mediante oficio INT-OFI-04053-2023.

3. Se modifica programación del indicador: Número de instituciones con visita de control calidad a servicios de mamografía de acuerdo a solicitud realizada por el Dr Alvaro Quintero Posada, Subdirector Gral de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Prom. mediante oficio INT-OFI-04053-2023.

4. Se eliminan los indicadores Porcentaje de ejecución del presupuesto del macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública y Porcentaje de avance de las actividades el macroproyecto Plan Decenal de Salud Pública. Se deja en PDA el indicador Porcentaje de cumplimiento de la gestión del macroproyecto de Plan Decenal de Salud Pública de acuerdo con las metas trimestrales remitidas por el grupo de proyectos

5. Se modifica la programación de los indicadores: Anuario estadístico 2022 publicado en la web y Boletín epidemiológico No. 16, 2023 publicado en la web de acuerdo a solicitud realizada por la Coordinadora Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer mediante oficio INT-OFI-06038-2023 y aprobado por el Subdirector de Investigaciones el día 1 de septiembre de 2023 en SIAPING

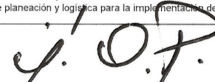
Dea cuerdo con el oficio Radicado No. INT-OFI-06888-2023, el cual fue aprobado por el Dr. Alvaro Quintero Posada.

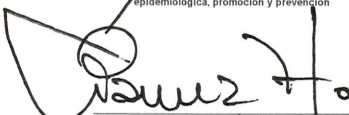
6. Se retira el indicador "Movida de Reconocimiento a Universidades e Instituciones Educativas autodeclaradas libres de humo y vapo, a través de un proceso de evaluación cuantitativo del cumplimiento de criterios de espacios libre de humo y vapo de renovación anual."

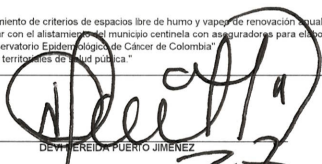
7. Se modifica el indicador "Realizar el alistamiento en a menos dos municipios censales con aseguradores para elaborar el análisis de lesiones precancerosas y prevalencia de VPH" por " Continuar con el alistamiento del municipio censales con aseguradores para elaborar el análisis de lesiones precancerosas y la prevalencia del VPH."

8. Se modifica el indicador "Implementación de la aplicación informática web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia" por "Documento de implementación del micrositio web del Observatorio Epidemiológico de Cáncer de Colombia"

9. Se modifica el indicador "Informe de planeación y logística para la implementación de CPRED regionales" por " Informe de planeación y logística para la implementación del programa de acciones territoriales de salud pública."


ALVARO QUINTERO POSADA
Subdirector General de Investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención


GIANA MARIA HENRIQUEZ MENDOZA
Coordinadora Grupo Políticas y Movilización Social


DEVI NEREIDA PUERTO JIMENEZ
Coordinador Grupo Área Salud Pública


JAVIER DAVID RODRIGUEZ RUIZ
Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer


JAIRO AGUILERA LOPEZ
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos


CONSTANZA PARDO RAMOS
Coordinadora Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

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	17-12-20		Fecha	17-12-20		Fecha	17-12-20	



						INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE												CÓDIGO:		GS-P01-F-03						
						GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL												VERSIÓN:		3						
						PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL												VEGECIA:		17-12-2020						
																		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:		2023		
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:						Unidades Funcionales de Tratamiento																PERIODO DE EVALUACIÓN:				
OBJETIVO DEL PROCESO:						Gestionar los procedimientos asistenciales inherentes a la atención del paciente oncológico en forma oportuna, eficiente e integral.																				
LÍDER POA:						Subdirector de Atención Médica y Docencia																				
EJES		LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR		EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
																			NOMBRE	FORMULA		ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	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	Referente de Humanización del INC	Calidad						100%							100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	(Número de Indicadores del programa de humanización con cumplimiento mayor o igual a 75%)/[Total de indicadores del programa de humanización] * 100	Referente de Humanización del INC				
			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	Responsables de cada paquete instruccional Referente de Seguridad del Paciente del INC	Calidad													Min. 80% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje de adherencia de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso UFT	[Paquetes instruccionales que apliquen al proceso UFT que cumplen con la meta]/[Total de indicadores de paquetes instruccionales que apliquen al proceso UFT] * 100	Referente Seguridad del paciente				
				Analizar y gestionar el 100% de los eventos adversos institucionales (infección en sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, procedimientos quirúrgicos cancelados)	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinadores de Grupo Área y Grupos	Calidad	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Min. 1.5 Est. 3 Max. 4.5	Razón de eventos adversos presentados en el INC	(Número de eventos adversos presentados en el INC)/[Número de pacientes atendidos en el INC (hospitalizados y ambulatorios)] * 100	Referente Seguridad del paciente					
							Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Min. 40 Est. 45 Max. 50	Tasa de eventos adversos de paciente hospitalizado	(Número de eventos presentados en hospitalización)/[Total de días estancia en hospitalización] * 1000	Referente Seguridad del paciente									
				Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinadores Grupos Unidades Funcionales	Calidad		>=90%		>=90%		>=90%		>=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 historia clínica (componentes de estructura y normatividad)) * 1	Profesional Asesoría de Calidad					
				Mejorar la disponibilidad de los estados clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%	Coordinadores Grupos Unidades Funcionales	Calidad													>=80%	Porcentaje de estados clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica	Porcentaje de estados clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
		Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días		Subdirectora de Atención Médica y Docencia	Subdirector Administrativo y Financiero	Calidad	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Max. 55 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento institucional (mediana)	[1.E-Oportunidad de diagnóstico institucional (mediana)]+[3.E-Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio,radio o cirugía - (mediana)]	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Subdirector de Atención Médica				
					Subdirectora de Atención Médica y Docencia	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento - quimio,radio o cirugía - (mediana)	(Oportunidad en el inicio de tratamiento (quimio,radio,cirugía))	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Subdirector de Atención Médica					
					Coordinador Unidad Oncología Clínica	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia (mediana)	Oportunidad en el inicio de tratamiento quimioterapia	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Coordinador Unidad Oncología Clínica					
					Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días		Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Min. 10 días Est. 20 días Max. 25 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento - cirugía - (mediana)	(Oportunidad en el inicio de tratamiento -cirugía)	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas				

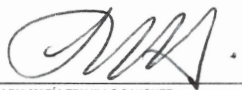
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACION												INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA		ANALISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANALISIS	
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Mejorar la oportunidad institucional en la atención de pacientes	Oportunidad en el inicio de tratamiento máximo en 55 días	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica		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	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-Radioterapia - (mediana)	(Oportunidad en el inicio de tratamiento-Radioterapia)	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica							
				Subdirectora de Atención Médica y Docencia		Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Min. 60% Est. 75% Máx. 100%	Proporción de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad	(Número de pacientes que cumplen con el tiempo de oportunidad)/(Número total de pacientes.) * 100	Cargue: Técnico Administrativo Planeación Análisis: Subdirector de Atención Médica								
		Implementar el programa de Atención Perioperatoria Integral del Cáncer (APIC)	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria	Proyectos especiales	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Min. 1 Est. 3 Máx. 5	Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas	Porcentaje de re intervenciones quirúrgicas	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria						
					Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Min. 75% Est. 80% Máx. 90%	Porcentaje de Ocupación de Salas de Cirugía (Horas Quirófano)	(Sumatoria total de Horas Quirófano Utilizadas)/(Total de Horas Quirófano Disponibles) * 100	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria					
					Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Min. 4% Est. 6% Máx. 8%	Porcentaje de cancelación de cirugías por causa atribuibles al INC	(Número de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles al INC/Total de cirugía programadas en el periodo) * 100	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria					
					Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Min. 30 días Est. 45 días Máx. 55 días	Oportunidad en el inicio de tratamiento Cirugía (Días)	(Tiempo transcurrido entre la cita de primera vez en la especialidad y el momento de la Cirugía)/(Número de Cirugías clasificadas como inicio de tratamiento) * 1	Dato: Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación Análisis: Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas					
					Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Min. 37% Est. 39% Máx. 42%	Porcentajes de cirugía ambulatorias realizadas	(Número de de cirugía ambulatorias realizadas / Total de cirugías programadas)*100	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria					
					Crear una red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer al año 2021	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico	Proyectos especiales													Documento de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer	Documentos de propuesta de diseño de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario del paciente con cáncer	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico		
																	100%	Porcentaje de implementación de la red de instituciones aliadas para el tratamiento complementario	(Número de mesas de trabajo con las entidades involucradas / Total de de mesas de trabajo programadas para la vigencia)*100	Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico				
		Implementar la unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada al paciente con cáncer adulto al año 2021	Coordinador Grupo Hematología Oncológica	Proyectos especiales			10%											Porcentaje de la gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada	Porcentaje de la gestión del proyecto Unidad ambulatoria de atención prioritaria especializada	Dato: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación Coordinador Grupo Hematología Oncológica				
	Coordinador Unidad de Hemato Oncología		Proyectos especiales	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	Número de sesiones de fotoféresis extracorpórea realizadas	Número de fotoféresis extracorpórea realizadas	Coordinador Unidad de Hemato Oncología						

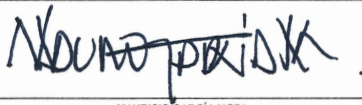
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACION												INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION	SEGUIMIENTO		
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			ANÁLISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANÁLISIS
Misional	Atención y Cuidado de Pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Crear seis (6) clínicas de excelencia en mieloma múltiple, leucemias agudas, infecciones cutáneas, enfermedad injerto contra huésped (EICH), Neoplasias mieloproliferativas crónicas/leucemia mieloide crónica y síndromes linfoproliferativos	Coordinador Unidad de Hemato Oncología	Proyectos especiales						1							Ficha mieloide crónica	Ficha mieloide crónica	Coordinador Unidad de Hemato Oncología				
			Mejorar la atención y oportunidad en la clínica de dermatología en carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma implementada al año 2022	Coordinador Grupo Dermatología	Proyectos especiales				10%			40%			70%			100%	Porcentaje de gestión del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma	Porcentaje de ejecución de actividades del proyecto de mejora en la atención en pacientes con carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación – Proyectos Análisis: Coordinador Grupo Dermatología			
			Diseñar, implementar y evaluar el proyecto de modernización del servicio de oncología radioterápica para la atención de paciente con las siguientes técnicas y procedimientos (técnica TBI -Total Body Irradiation, técnica TSEB -Total Skin Electrón Beam-, IMRT, IGRT, VMAT, radiocirugía intra y extracranial de mínimo 4 localizaciones, protocolo de procedimiento en salud en braquiterapia ginecológica conformacional, radioterapia intraoperatoria, protonterapia)	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica	Proyectos especiales											100% (1 paciente)	Porcentaje de implementación de la técnica TBI	(Número de pacientes iniciados con la técnica TBI / 1)*100	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica					
																100% (1 paciente)	Porcentaje de implementación de la técnica TSEB	(Número de pacientes iniciados con la técnica TSEB /1)*100	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica					
									10%			30%			50%			70%	Porcentaje de incorporación de tecnologías (IMRT, IGRT, VMAT)	(Número de pacientes iniciados con las técnicas (IMRT, IGRT, VMAT) / Total de pacientes de radioterapia)*100	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica			
								20% (7 pacientes)			50% (17 pacientes)			70% (24 pacientes)			100% (35 pacientes)	Porcentaje de incorporación de localizaciones de radiocirugía Intra y extracranial	(Número de pacientes atendidos SRS, SBRT de otras localizaciones / Total de pacientes de radioterapia-35)	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica				
									10%			25%			35%			50%	Porcentaje de incorporación de realización del procedimiento de braquiterapia ginecológica conformacional	(Número de pacientes atendidas con BQT 3D (acumulado) / Total de pacientes de braquiterapia)*100	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica			
																	100% (2 pacientes)	Porcentaje de incorporación de localizaciones de radioterapia intraoperatoria	(Número pacientes que han recibido la técnica de localizaciones de radioterapia intraoperatoria /2)*100	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica				
																	1	Documento de análisis de viabilidad en la implementación de protonterapia presentado	Documento de análisis de viabilidad en la implementación de protonterapia presentado	Cargue: Técnico Operativo Oncología Radioterápica Análisis: Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica				

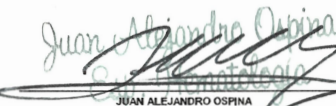
EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACION												INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO		
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA		ANALISIS	% AVANCE OBTENIDO	ANALISIS		
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional	Implementar un sistema de gestión basado en resgos en un 100%	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos del proceso UFT	Calidad										1		Actualización del mapa de riesgos dd proceso UFT	Mapa de riesgos del proceso UFT actualizado versión 2024	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						
																		100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos de proceso UFT	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo proceso UFT /Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso UFT) * 100	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación				
						Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Min.0% Est. 10% Max 20%	Porcentaje de riesgos materializados proceso UFT	(Número de riesgos materializados en el periodo proceso UFT / Total de riesgos identificados proceso UFT)* 100	Profesional Universitario Subdirección Atención Médica y Docencia					
		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 85%	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos del proceso UFT	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso UFT	(Numero de indicadores de proceso UFT con dato y análisis / Total de indicadores de proceso UFT programados para registrar en el periodo) * 100	Cargue: Técnico Administrativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
																			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso UFT	(Numero de indicadores POA proceso UFT con dato y análisis / Total de indicadores POA UFT programados para registrar en el periodo) * 100	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación			
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso UFT	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso UFT / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso UFT)*100	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	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos del proceso UFT	Calidad										Min. 80% Est. 90% Max. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso UFT/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso UFT)*100	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	Coordinadores de Grupos Áreas y Grupos del proceso UFT	Calidad											Min. 80% Est. 90% Max. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso UFT/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso UFT)*100	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FÓRMULA		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	Coordinador grupo área y grupos del proceso de UFT	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente	$(\text{Número de estudios previos del proceso UFT entregados oportunamente}) / (\text{Número total de ítems definidos para el proceso UFT}) * 100$	Coordinador grupo área gestión contractual				
						≤ 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 la evaluación técnica de ofertas proceso UFT	$(\text{Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de entrega de ofertas para la evaluación técnica hasta la fecha de recepción en el área de compras y contratación} / \text{Total de ofertas a evaluar proceso UFT}) * 1$	Coordinador Grupo Área Gestión de Compras y Contratación,				
						≤ 15 días	≤ 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 proceso UFT	$(\text{Sumatoria de días transcurridos entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de radicación en central de cuentas} / \text{Total de facturas recibidas en el mes por el (los) supervisor(es) proceso UFT}) * 1$	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad				

Observaciones:


LINA MARÍA TRUJILLO SANCHEZ
2pm Subdirector de Atención Médica y Docencia


MAURICIO GARCÍA MORA
Coordinador Grupo Área Unidades Quirúrgicas


JUAN ALEJANDRO OSPINA
Coordinador Grupo Área Unidades Médicas


MIGUEL MAURICIO MORENO
Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico


EDUARDO ANTONIO GUERRERO LIZCANO
Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica

MIGUEL MAURICIO MORENO CAPACHO
Coordinador Grupo Área Soporte Oncológico
Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

ELABORO			REVISÓ			APROBO		
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	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	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	
Fecha:	31/05/2019	Fecha:	31/05/2019	Fecha:	31/05/2019	Fecha:	31/05/2019	