

		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:		2021		
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.																							
PROCESO:		Docencia																			VERSIÓN:		1		
OBJETIVO DEL PROCESO:		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.																							
LÍDER POA		Coordinador grupo área docencia																			PERIODO DE EVALUACIÓN:				
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	Docencia	Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Contar con estudio de factibilidad al año 2021	Subdirector general de la gestión administrativa y financiera Coordinadora grupo área docencia	Tareas específicas												1	Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia				
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				
								>=50							>=50			Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC	Número de especialistas en entrenamiento al año en el INC	Eficacia	Auxiliar administrativo grupo área docencia				
																		23	Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC	Número de especialistas en entrenamiento y residentes certificados al año en el INC	Eficacia	Auxiliar administrativo grupo área docencia			
Misional	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 gastroenterología	Tareas específicas												1	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Gastrointestinal entregado a la IES	Eficacia	Coordinador unidad funcional gastroenterología				
				Coordinador unidad funcional cirugía reconstructiva	Tareas específicas											1	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES	Documento maestro del programa de especialización en Cirugía Plástica entregado a la IES	Eficacia	Coordinador unidad funcional cirugía reconstructiva					
Misional	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%			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 período / Total de actividades de educación continuada programadas en el período)*100	Eficacia	Profesional Universitario de la Biblioteca				
Misional	Docencia	Obtener el reconocimiento como hospital universitario	Cumplir con los requisitos como hospital universitario al año 2022	Coordinador grupo área docencia	Tareas específicas												22.5% (Acumulado desde 2019)	Porcentaje de docentes del INC con formación de posgrado en docencia universitaria	(Número de docentes con con formación de posgrado en docencia universitaria/ Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
																	75% (Acumulado desde 2019)	Porcentaje de docentes del INC con reconocimiento docente de la IES/ Total de docentes del INC)*100	(Número de docentes con reconocimiento docente de la IES/ Total de docentes del INC)*100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
																	75% (Acumulado desde 2019)	Porcentaje de docentes de planta del INC con funciones de docente en el cargo correspondiente del manual	(Número de docentes de planta con función docente en el manual de funciones / Total de docentes de planta del INC)*100	Eficacia	Técnico administrativo grupo área docencia				
																	45% (Acumulado desde 2019)	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				
																	30%	Porcentaje de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa / Total de programas académicos de salud en convenio)*100	(Número de los programas académicos de salud de los convenios docencia servicio acreditados en calidad educativa / Total de programas académicos de salud en convenio)*100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia				
						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 prácticas formativas y gestión de los convenios	(Número de preguntas de la encuesta de las prácticas formativas respondidas afirmativamente en el período / Total de preguntas de la encuesta de las prácticas formativas respondidas en el período)*100	Eficacia	Profesional especializado grupo área docencia				
								100%			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				

		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																						
		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 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 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										Min. 80% Est. 90% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso DOC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso DOC)*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
		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 grupo del proceso de docencia	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso DOC) * 100	Eficacia	Coordinador grupo área gestión contractual				

Observaciones:

Lina Maria
Trujillo
Sanchez

Firmado digitalmente
por Lina Maria Trujillo
Sanchez

Fecha: 2021.04.30
10:21:31 -05'00'

LINA MARÍA TRUJILLO SÁNCHEZ
Subdirectora General de Atención Médica y Docencia

MAGDA LORENA
JIMENEZ CASTAÑO

Firmado digitalmente por MAGDA
LORENA JIMENEZ CASTAÑO

Fecha: 2021.04.14 15:43:47 -05'00'

MAGDA LORENA JIMÉNEZ
Coordinadora Grupo Área Docencia

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OMA
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-05-2019	Modificación por PDI 2019 - 2023	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y poraf, se cambia el nombre de la casilla de apto por apt	Paula Andrea Salamanca 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:	17-12-20		Fecha:	17-12-20		Fecha:	17-12-20	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																							CÓDIGO:	GSI-P01-
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																							VERSIÓN:	3
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																							VIGENCIA:	17-12-20
																								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:	20
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:	
PROCESO:	Diagnóstico y estadificación																							PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Prestar servicios de Diagnostico 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.																								
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área de Diagnostico y Estadificación																								
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	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													Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de los paquetes instruccionales que apliquen al proceso DYE	(Número de paquetes instruccionales del proceso DYE que cumplen con las recomendaciones de la metodología adherencia/ Total de paquetes instruccionales revisados del proceso DYE)*100	Eficacia	Referente seguridad del paciente			
			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 normalidad)	{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 de calidad				
			Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad												>=3,4	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Eficacia	Referente seguridad del paciente				
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios en al menos cuatro ciudades del país (2019-2022)	Médico especialista grupo investigación en biología del cáncer	Proyectos especiales							1	1					Difusión en dos ciudades del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios	Difusión en dos ciudades del programa para la identificación y manejo de familias con sospechas de cánceres hereditarios	Eficacia	Médico especialista grupo investigación en biología del cáncer				
																	2	Dos (2) Protocolos definidos	Dos (2) Protocolos definidos	Eficacia	Médico especialista grupo investigación en biología del cáncer				
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Diseñar e implementar según fases establecidas el programa de producción magistral en biotecnológicos, Fito terapéuticos y radiofármacos terapéuticos	Coordinador grupo radiofarmacia	Proyectos especiales				10%		40%			70%			100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del programa de producción magistral en biotecnológicos, fitoterapéuticos y radiofármacos terapéuticos	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo radiofarmacia				
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	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			1										Diseño y aprobación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas	Diseño y aprobación del centro de excelencia en terapias radiometabólicas	Eficacia	Coordinador grupo medicina nuclear				
								10%			40%			70%			100%	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				
								10%			40%			70%			100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto de aplicaciones clínicas de PET y de medicina nuclear en cáncer	Eficacia	Cargue: Profesional especializado oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo radiofarmacia				
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	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización en el componente de atención a pacientes	(Número de actividades ejecutadas del programa de humanización en el componente de atención de pacientes /Total de actividades programadas del programa de humanización en el componente atención a pacientes)*100	Eficacia	Referente de humanización del INC				
				Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Min. 15 días Est. 20 días Máx. 30 días	Oportunidad de diagnostico institucional - (mediana)	{Oportunidad de diagnostico institucional}	Eficacia	Cargue: Técnico administrativo oficina asesora de planeación y sistemas Análisis: Coordinador grupo área diagnóstico y estadificación				

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																CÓDIGO:	GSI-P01-F							
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																VERSIÓN:	3							
																		VIGENCIA:	17-12-2020							
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																Página 1 de 1								
VISIÓN:		En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.																VIGENCIA DEL POA:	2020							
MISIÓN:		Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																VERSIÓN:								
PROCESO:		Diagnóstico y estadificación																PERIODO DE EVALUACIÓN:								
OBJETIVO DEL PROCESO:		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.																								
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área de Diagnóstico y Estadificación																								
EJE	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	RESPONSABLE DE LA META	TIPO DE META	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									
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 patología	Calidad	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	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)	Eficacia	Coordinador grupo patología					
				Coordinador grupo laboratorio clínico	Calidad	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	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	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)	Eficacia	Coordinador grupo laboratorio clínico				
				Coordinador grupo medicina nuclear	Calidad	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Min. 5 días Est. 10 días Máx. 15 días	Oportunidad en la toma del PET	(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	Eficacia	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	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	Eficacia	Profesional universitario medicina nuclear				
				Coordinador grupo imágenes diagnósticas	Calidad	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	(Días calendario entre solicitud servicio de imagenología y momento en que es prestado el servicio)(Total de atenciones en servicios de imagenología) * 1	Eficacia	Coordinador grupo imágenes diagnósticas				
						Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Min. 0 días Est. 5 días Máx. 10 días	Oportunidad de lectura de servicios de imagenología	(Sumatoria de tiempo desde la practica del estudio y el informe final de lectura del especialista)(Número total de atenciones en servicios de imagenología) * 1	Eficacia	Coordinador grupo imágenes diagnósticas				
		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	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso DYE	Proceso DYE con mapa de riesgos versión 2021	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación					
								100%			100%			100%			100%		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	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación				
		Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Coordinadores de grupos y grupo área del proceso DYE	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso DYE	(Numero de indicadores de proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
								100%						100%			100%		Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso DYE	(Numero de indicadores POA, proceso DYE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso DYE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
																	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				
								>=80% (1 sem de 2020)					>=80% (1 sem de 2021)						Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de atención y cuidado de paciente	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional cumplidas en la línea de atención y cuidado de paciente/ Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional programadas línea atención y cuidado de paciente)*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
		Fortalecer la comunicación interna v la	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										Min. 80% Est. 90% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso DYE/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso DYE)*100	Eficacia	Técnico administrativo oficina de calidad					

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																						CÓDIGO:	GSI-P01-F	
	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:	2020	
MISIÓN:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																								
PROCESO:	Diagnóstico y estadificación																						VERSIÓN:	1	
OBJETIVO DEL PROCESO:	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.																								
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área de Diagnóstico y Estadificación																						PERIODO DE EVALUACIÓN:		
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
		Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	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 y grupo área del proceso DYE	Calidad									Min: 80% Est: 90% Max: 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso DYE	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso DYE/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso DYE)*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				
		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%	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				

Lina Maria Trujillo Sanchez

Firmado digitalmente por Lina Maria Trujillo Sanchez
Fecha: 2021.05.27 11:55:26 -05'00'

LINA MARIA TRUJILLO
Subdirector de Atención Médica y Docencia

Oscar Mauricio Forero Cuellar

Firmado digitalmente por Oscar Mauricio Forero Cuellar
Fecha: 2021.05.13 18:22:23 -05'00'

OSCAR MAURICIO FORERO
Coordinador Grupo Imágenes Diagnósticas

Elizabeth Rodriguez Gomez

Firmado digitalmente por Elizabeth Rodriguez Gomez
Fecha: 2021.05.12 11:06:25 -05'00'

ELIZABETH RODRIGUEZ GOMEZ
Coordinador Grupo Laboratorio Clínico

Carlos Eduardo Granados Gomez

Firmado digitalmente por Carlos Eduardo Granados Gomez
Fecha: 2021.04.30 11:14:44 -05'00'

CARLOS EDUARDO GRANADOS
Coordinador Grupo Medicina Nuclear

Ruth Quevedo Serrano

Firmado digitalmente por Ruth Quevedo Serrano
Fecha: 2021.04.30 09:28:22 -05'00'

RUTH QUEVEDO SERRANO
Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación

Juan Carlos Mejia Henao

Firmado digitalmente por Juan Carlos Mejia Henao
Fecha: 2021.05.14 11:28:14 -05'00'

JUAN CARLOS MEJIA
Coordinador Grupo Patología Oncológica

Javier Rada Lozano

Firmado digitalmente por Javier Rada Lozano
Fecha: 2021.05.04 08:44:01 -05'00'

JAVIER RADA LOZANO
Coordinador Grupo Radiofarmacia

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OIM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tm
2	31-05-2019	Modificación por POI 2019 - 2022	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y por ende, se cambia el nombre de la casilla de ejes por eje	Paula Andrea Salamanca 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:	17-12-20		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						
																		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:		2021						
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.																								
PROCESO:		Gestión de Archivo y Documental																VERSIÓN:		1						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.																PERIODO DE EVALUACIÓN:								
LÍDER POA		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 documental		Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales													Porcentaje de implementación del MGDA en el componente documental	(Número de actividades ejecutadas en el componente documental del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) / Total actividades programadas en el componente documental del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
																100% (30 grupos)	Porcentaje de cumplimiento en la realización de las auditorías en archivos de gestión	(Número de grupos auditados en archivos de gestión/Total de grupos programados)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
																100% (130 metros lineales)	Porcentaje de metros lineales organizados de los archivos de gestión	(Número de metros lineales transferidos /Total de metros lineales proyectados) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia						
									100%		100%			100%			100%	Porcentaje de operación de avance de administración de historias laborales (Open File)	(Número actividades ejecutadas de administración de historias laborales para el periodo / Total de actividades programadas de administración de historias laborales para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
									1									Plan de Trabajo Archivístico actualizado	Documento con el plan de trabajo Archivístico actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
																	100%	Porcentaje de avance de Plan Archivístico	(Número actividades ejecutadas de plan archivístico para el periodo / Total de actividades programadas de plan archivístico para 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	Proyectos especiales													100%	Porcentaje de implementación del MGDA en el componente tecnológico (Sistema de documentos electrónicos de archivo – SGDEA)	(Número de actividades ejecutadas en el componente tecnológico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) / Total actividades programadas en el componente tecnológico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
						Coordinador Grupo Área Sistemas				100%		100%			100%			100%	Porcentaje de implementación de documentos y expedientes electrónicos de series más críticas, esenciales y necesarias del instituto (consentimiento informado)	(Número de actividades ejecutadas de implementación de la estrategia de generación de documentos electrónicos para el periodo / Total de actividades programadas de implementación de la estrategia de generación de documentos electrónicos para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
																		100%	Porcentaje de implementación de los mecanismos de seguridad en los entornos físicos y digitales	(Número de mecanismos de seguridad en entornos físicos y digitales implementados / Total de mecanismos de seguridad en entornos físicos y digitales definidos para el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					1										Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel	Un Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
																		100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel	(Número de actividades ejecutadas en el plan de eficiencia administrativa y cero papel para el periodo/Total de actividades programadas del plan de eficiencia administrativa y cero papel para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
																	100%	Porcentaje de capacitaciones realizadas en el componente módulo de correspondencia (Siapinc4)	(Número de capacitaciones realizadas en el módulo de correspondencia/Total de capacitaciones programadas en el módulo de correspondencia para el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia					
																	100% (150 personas / 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					

		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									
Apoyo	Gestión de la tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información – TI	Diseñar e implementar al 100% anual de lo programado del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos (MGDA) Componente cultural	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 Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos-MGDA / Total actividades programadas en el componente cultural del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos -MGDA en el periodo) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia										
																					Porcentaje de cobertura de las capacitaciones en aplicación de Tablas de Retención Documental- TRD y manejo de archivo /Total de funcionarios proyectados para capacitación)*100	(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							
							1		1		1		1					1	Boletines electrónicos en temas de gestión documental	Número de boletines electrónicos en temas de gestión documental elaborados y distribuidos	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)	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Coordinador Grupo Área Sistemas	Tareas específicas													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 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 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación									
																						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						
		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															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	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación								
																					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							
																						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						
																							Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en la línea gestión de tecnología cumplidas/ Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional línea gestión de tecnología programadas)*100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación					
		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 Oficina de Calidad							
				Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	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							

		INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																				CÓDIGO:	GSI-P01-F-03				
		GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																				VERSION:	3				
		PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																				VIGENCIA:	17-12-2020				
																						Página 1 de 1					
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	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual						

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por
Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.04.29
09:37:48 -05'00'

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO

Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

Vida Helena
Bautista Romero

Firmado digitalmente por
Vida Helena Bautista Romero
Fecha: 2021.04.26 12:40:05
-05'00'

VIDA HELENA BAUTISTA ROMERO

Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia

Version	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OTM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tm
2	31-05-2019	Modificación por PD 2019 - 2020	Reida Andrea Salazarina Medina
3	17-12-2020	Se altera la celda de compromisos y punt., se cambia el nombre de la celda de que por que	Reida Andrea Salazarina Medina

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

	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:	2021										
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:	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.																												
PROCESO:	Gestión Comercial																												
OBJETIVO DEL PROCESO:	Gestionar de manera oportuna la venta de servicios oncológicos, cumpliendo las metas institucionales, fortaleciendo la imagen corporativa y asegurando el recaudo para contribuir a la sostenibilidad financiera.																	PERIODO DE EVALUACIÓN:											
LÍDER POA	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	SEGUIMIENTO	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. 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 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	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Cartera						
																					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					
																					Porcentaje de conciliación de cartera con las ERP	(Numero De Entidades Conciliadas / Total De Entidades Programadas) *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. 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 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 (midiendo el recaudo con corte al 1 abril del año subsiguiente al periodo de facturación)	Coordinador Grupo Gestión de Cartera	Productividad					6,25%			12,50%					18,75%		25%	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. 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%	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							
			Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención de objeciones y glosas, responder el 100% de la glosa recibida dentro de los términos legales, gestionar Mínimo 80% de la conciliación de glosa y obtener una glosa definitiva menor o igual al 3%.	Coordinador Grupo Gestión de Facturación						1											Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado	Documento plan de intervención de objeciones y glosas actualizado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación					
																					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					
				Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas	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%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Porcentaje de conciliación de glosa	(Valor de conciliaciones realizadas en el trimestre / Valor glosa entregada en el trimestre anterior)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación					
				Coordinador Grupo Gestión de Facturación		<=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					
						Coordinador Grupo Gestión de Facturación	Tareas específicas														75% Acumulativo años anteriores	Porcentaje de depuración de la glosa contable con corte a 2018.	(Valor de la depuración / valor a depurar vigencia) 2018	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación				
			Coordinador Grupo Gestión de Cartera																Porcentaje de depuración de la glosa contable a partir de 2019	(Valor de depuración / valor glosa a depurar vigencia 2019) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Facturación							
			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 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 Gestión de Mercadeo Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera	Tareas específicas												1	Número de nuevas modalidades de contratación	Número de nuevas modalidades de contratación	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial					
																		3	Nuevos modelos de contratación aplicados a entidades	Número de nuevos modelos de contratación aplicados a entidades.	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial				
			Gestionar el 100% de las autorizaciones pertinentes INC - 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					
						>=90%	>=90%	>=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				
		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 (\$ 273.120.000.000) x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						
			Alcanzar el 10% en la venta de servicios en nichos distintos a las EAPB, (medicina prepagada, planes complementarios, particulares, entidades de seguros, empresas, fondos de empleados, cooperativas) con enfoque a la venta de servicios de atención a patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia. Línea base: 5% de la facturación.	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Tareas específicas												100%	Porcentaje ejecución en la venta de servicios con nichos distintos a EPS.	(Valor ventas realizado con nichos distintos a EPS/Valor proyectado ventas con nichos distintos a EPS para la vigencia (\$ 3.043.860.705) 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						
			Gestión Comercial	Incrementar la venta de servicios oncológicos integrales	Actualizar y difundir el portafolio de servicios del Instituto integrando la atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPReD en al menos 4 sectores de la economía	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas - Comunicaciones	Tareas específicas											1	Portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos (atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPReD) que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia	Portafolio de servicios actualizado en todos los componentes definidos (atención de pacientes, venta de radiofármacos u otros servicios, docencia, investigación, salud pública y CPReD) que incluya un componente específico para patologías oncológicas complejas o de baja frecuencia	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo				
															100%		Porcentaje de cobertura en la difusión del portafolio de servicios en al menos 4 sectores de la economía	(Número de entidades de medicina prepagada con difusión del portafolio /Número de entidades de medicina prepagada programadas para la vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						
	Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista institucional. Línea base: 80%		Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad												>=95%	Porcentaje de satisfacción de las aseguradoras	(Total entidades satisfechas/Total entidades encuestadas de acuerdo al penodo contractual)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo					
		Diseñar y ejecutar al 100% el plan de fortalecimiento de competencias en mercadeo de los funcionarios y ejecutivos del área comercial.		Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad			1										Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos	Documento diseño de plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo					
									25%		50%			75%		100%	Porcentaje de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias de funcionarios y ejecutivos de mercadeo	(Número de actividades ejecutadas en el periodo del plan de fortalecimiento competencias /Total de actividades programadas para el periodo del plan de fortalecimiento competencias)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						
		Diseñar e implementar el 100% el plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras.		Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo	Calidad			1										Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras aprobado	Plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo					
									25%		50%			75%		100%	Ejecución del plan de respuesta efectiva y oportuna a los requerimientos de las aseguradoras	(Número de actividades realizadas de acuerdo al plan de respuesta efectiva aseguradoras)/[Total de actividades programadas en el plan para la vigencia] * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo						
		Misional		Atención y Cuidado de Pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Coordinador Grupo Gestión de Mercadeo Profesional de Comunicaciones	Calidad												100%	Porcentaje de implementación de las estrategias comunicativas para el posicionamiento de las cirugías de alta complejidad	(Número de estrategias comunicativas ejecutadas para el posicionamiento de las cirugías de alta complejidad / Número de actividades programadas)* 100	Eficacia	Profesional Especializado de Comunicaciones			

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 GCM	Mapa de riesgos del proceso GCM actualizado versión	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación				
								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				
		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%	Porcentaje de cumplimiento de cargue 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	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCM	(Numero 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				
						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				
								≥ 90 (año 2020)					≥ 90 (1 semestre 2021)					Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión comercial	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en la línea gestión de comercial cumplidas) / Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional línea gestión comercial programadas) * 100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
	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. 90% 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 Oficina 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. 90% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GCM	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritarios, proceso GCM/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritarios, proceso GCM)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	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 GCM entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCM entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GCM) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por
Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.03.15 08:39:51
-05'00'

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

CLAUDIA
MATILDE
BOGOYA
PACHON

Firmado digitalmente
por CLAUDIA MATILDE
BOGOYA PACHON
Fecha: 2021.03.10
11:21:56 -05'00'

CLAUDIA MATILDE BOGOYA PACHON
Coordinadora Grupo Gestión de Facturación

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por
Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.03.15 08:40:11
-05'00'

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO
Coordinador Grupo Área Gestión Comercial (E)

Rubia Elicelly
Cardenas Bayona

Firmado digitalmente por Rubia
Elicelly Cardenas Bayona
Fecha: 2021.03.11 11:43:20
-05'00'

RUBIA ELICELLI CÁRDENAS BAYONA
Coordinadora Grupo Gestión de Cartera

Amanda
Trujillo
Pacheco

Firmado digitalmente
por Amanda Trujillo
Pacheco
Fecha: 2021.03.12
16:03:33 -05'00'

AMANDA TRUJILLO PACHECO
Coordinadora Grupo Gestión de Mercadeo

Version	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OMI
1	09-09-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-05-2019	Modificación por PDI 2019 - 2022	Paula Andrea Salameanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pondi, se cambia el nombre de la casilla de eps por qe	Paula Andrea Salameanca Medina

ELABORO				REVISO				APPROBO			
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		
																							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:		2021	
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.																									
PROCESO:	Gestión Contable																						VERSIÓN:		1	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Generar y analizar la información contable de forma oportuna, confiable, relevante y objetiva a los clientes internos y externos del Instituto Nacional de Cancerología ESE																						PERIODO DE EVALUACIÓN:			
LÍDER POA	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			Análisis de rentabilidad y utilidad por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Informe analítico de costos del INC discriminado por unidad de negocio	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
					Calidad		1		1			1			Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales, servicios y actividades	Reporte periódico de costos por unidades de negocio, proceso, unidades funcionales y servicios	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad								
					Tareas específicas		<=80%		<=80%		<=80%		<=80%		Porcentaje del costo asistencial con respecto al total de ingresos por salud menor o igual al 80% del total de ingreso	(Total costo mensual asistencial/ Total de ingresos operacionales de salud)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad								
					Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Costos- Porcentaje de cumplimiento de prestaciones costeadas	(Número de prestaciones costeadas en el sistema)/(Total de prestaciones del INC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
		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	Optimización de recursos													>=8%	Utilidad neta del INC	(Valor utilidad neta / Ingresos totales)*100		Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
					Calidad	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	<=15 días	Oportunidad en el trámite de las facturas por parte de los supervisores	Sumatoria (fecha de entrega central de cuentas - Fecha radicación de factura Correspondencia) / Total de facturas recibidas en el mes	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad						
						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de seguimiento de las facturas	Un informe de seguimiento de las facturas, elaborado y remitido a los supervisores	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar total 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											Oportunidad entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Reporte de Supersalud con el cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
					Tareas específicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Estados financieros presentados y publicados en la página web	Estados financiero publicados en la página web de acuerdo al calendario de la contaduría general de la nación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad					
					Calidad	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					
						0									Dictamen de revisoría fiscal	Número de salvedades en dictamen de revisoría fiscal	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad								
		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 GCO	Mapa de riesgos del proceso GCO actualizado	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					
								100%		100%		100%		100%		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						

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	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%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO	(Número de indicadores de proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO	(Número 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				
						100%	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				
								≥ 80 (año 2020)						≥ 80 (1 semestre 2021)				Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en la línea gestión de financiera cumplidas/ Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional línea gestión de financiera programadas)*100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
	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. 90% Máx. 100%				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 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	Calidad									Min. 80% Est. 90% Máx. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCO/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GCO)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
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	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

Juan Jose Perez Acevedo

Firmado digitalmente por Juan Jose Perez Acevedo

Fecha: 2021.04.28 12:05:31 -05'00'

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

Ana Nancy Camelo Vanegas

Firmado digitalmente por Ana Nancy Camelo Vanegas

Fecha: 2021.04.28 10:56:32 -05'00'

ANA NANCY CAMELO VANEGAS
Coordinador Grupo Gestión de Contabilidad

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable CRM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema TMS
2	01-05-2019	Modificación por PDI 2019 - 2022	Paula Andrea Salazar Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pondi, se cambia el nombre de la casilla de eges por ege	Paula Andrea Salazar 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:	17-12-20	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	
																			Página 1 de 1		
																			VIGENCIA DEL POA:	2021	
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.																		PERÍODO DE EVALUACIÓN:	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.																				
PROCESO:	Gestión del Gasto																				
OBJETIVO DEL PROCESO:	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.																				
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera																				

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	Porcentaje del proyecto de presupuesto de inversión de la vigencia siguiente igual o mayor al porcentaje del presupuesto de la vigencia actual.	Coordinador Grupo Área Presupuesto Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora de Planeación	Productividad												100% que equivale a >= \$ 27.264 millones	Porcentaje de presupuesto de inversión	(Valor presupuesto de inversión vigencia siguiente / Valor presupuesto de inversión vigencia actual) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Presupuesto				
			Diseñar e implementar al 100% el plan de austeridad y eficiencia institucional	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén Coordinador Grupo Gestión Presupuesto Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	Optimización de recursos												0.2% del presupuesto total institucional	Porcentaje de ahorro estimado por austeridad y eficiencia	[Total ahorro en el periodo]/[Total presupuesto general aprobado para el periodo] * 100	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén				
			Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios sin tener en cuenta la disponibilidad inicial) que representen para el año 2019: 2%, año 2020: 1%, año 2021: 2% y año 2022: 2% del presupuesto de ingreso anual.	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	Productividad												2%	Porcentaje de ingresos por fuentes alternas gestionadas	((Total recaudo -APN-VSS) / Total ingresos)*100 (sin disponibilidad inicial)	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones				
		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 Compras y Contratación	Calidad											30-nov	Oportunidad en la consolidación del plan anual necesidades inicial	Plan anual de necesidades inicial consolidado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																15-dic	Oportunidad en la emisión del plan anual de adquisiciones inicial	Un informe de plan anual de adquisiciones inicial	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
																		Oportunidad en la publicación del plan de adquisiciones	Un plan anual de adquisiciones aprobado y publicado	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
									5%									Porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones para el periodo	(Número de Items adjudicados en comité)/(Número de Items plasmados en el Plan de compras de Bienes, Servicios y Obra Pública) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
																		Oportunidad proceso contratación – aprobación de cotización	(Suma día calendario entre recep. estudio previo con CDP SOLPE y concepto hasta la notificación. – al supervi)/[Total de contratos de aprobación de cotización legalizados notificados]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
																		Oportunidad proceso contratación – Contratación Directa	(Suma días calendario entre la recep. estudio previos con CDP y SOLPE hasta notif. al supervi)/[Total de contratos de contratación directa legalizados notificados]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
																		Oportunidad proceso contratación – Invitación a Cotizar	(Suma días calend. entre recep. estudio previo con CDP SOLPE y concepto hasta notificación. al supervi)/[Total de contratos legalizados notificados]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
																		Oportunidad proceso contratación – convocatoria pública	(Suma días calendario entre la recep. estudio previos con CDP y SOLPE hasta la notificación. al supervi)/[Total de contratos de convocatoria pública legalizados notificados]	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación				
		Diseñar e implementar al 100% el plan de intervención en la gestión del gasto y de la gestión de compras y contratos	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Asesor Financiero Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Tareas específicas													100%	Porcentaje de implementación plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual	(Número de actividades implementadas del plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual / Total de actividades programadas plan de intervención en la gestión del gasto y la gestión contractual para la vigencia)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera				
																	Porcentaje de cobertura en capacitación del proceso institucional, contratación pública y supervisión de contratos	(Número de supervisores capacitados / Total de supervisores de contratos)	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					

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	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual.	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión Financiera Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto	Optimización de recursos											Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución presupuestal (consolidado)	(Total comprometido (Total de compromisos / Total apropiado)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gastos: funcionamiento	(Total comprometido gastos de funcionamiento / Total apropiado gastos de funcionamiento) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto: operación comercial	(Total comprometido gastos operación comercial / Total apropiado gastos operación comercial) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto: inversión	(Total comprometido gastos de inversión / Total apropiado gastos de inversión) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
																Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de pagos	(Pagos acumulados en el periodo)(Total Compromisos (Acumulado))	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto					
														≥ 1,00	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudado	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CuP de vigencias anteriores.	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto							
		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											1	Modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección	Modelo viabilizado de remuneración alternativa en investigación presentado a la dirección	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera					
																1	Diseño de modelos de remuneración alternativa en áreas administrativas	Documento propuesta de remuneración alternativa en áreas administrativas planta y tercerizados	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera					
																4	Mantener los modelos de productividad existentes (2019-2022)	Número de modelos de productividad, pagos por desempeño o remuneración alternativos vigentes	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera					
																1	Desarrollo de nuevos modelos de productividad (sujeto a viabilidad)	Número de nuevos modelos de productividad desarrollados	Eficacia	Profesional Universitario Subdirección Administrativa y Financiera					
														1	Documento de diseño de modalidad alianzas público privadas para adquisición de bienes o servicios	Documento de diseño de modalidad alianzas público privadas para adquisición de bienes o servicios	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera							
Dirección	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación	Tareas específicas											100%	Porcentaje de términos de referencia en los contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores	(Número de contratos de prestación de servicios que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación					
						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 GDG	Mapa de riesgos del proceso GDG actualizado versión 2020	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación			
																100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GDG	(Número de criterios de evaluación cumplidos de la lista de seguimiento y monitoreo del proceso GDG / Número total de criterios evaluados lista de seguimiento y monitoreo para el periodo del proceso GDG) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación					

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	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%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG	(Número de indicadores de proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG	(Número de indicadores POA, proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GDG	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GDG/ Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
								≥ 80 (año 2020)					≥ 80 (I semestre 2021)					Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión financiera	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en la línea gestión financiera / Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional línea gestión financiera programadas) *100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
	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									Mín. 80% Est. 80% Máx. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GDG/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad					
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes 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										Mín. 80% Est. 80% Máx. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GDG	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes prioritizados, proceso GDG/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes prioritizados, proceso GDG)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	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	Auxiliar Administrativo Grupo Área Gestión Contractual				

Juan Jose Perez Acevedo

Firmado digitalmente por Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.05.30 17:08:32 -05'00'

JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO
Subdirector General de Gestión Administrativa y Financiera

Rubia Elicelly Cardenas Bayona

Firmado digitalmente por Rubia Elicelly Cardenas Bayona
Fecha: 2021.05.23 18:46:15 -05'00'

RUBIA ELICELLI CARDENAS BAYONA
Coordinador Grupo Gestión de Compras y Contratación

Carlos Alfonso Martinez Camargo

Firmado digitalmente por Carlos Alfonso Martinez Camargo
Fecha: 2021.05.24 11:03:07 -05'00'

CARLOS ALFONSO MARTINEZ CAMARGO
Coordinador Grupo Gestión de Suministro y Almacén (E)

Maria Yaneth Gil Parra

Firmado digitalmente por Maria Yaneth Gil Parra
Fecha: 2021.05.21 11:55:15 -05'00'

MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

Maria Yaneth Gil Parra

Firmado digitalmente por Maria Yaneth Gil Parra
Fecha: 2021.05.21 11:55:30 -05'00'

MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Gestión Estudios Previos y Supervisión (E)

Maria Yaneth Gil Parra

Firmado digitalmente por Maria Yaneth Gil Parra
Fecha: 2021.05.21 11:55:59 -05'00'

MARIA YANETH GIL PARRA
Coordinador Grupo Gestión de Presupuesto (E)

Ana Nancy Camelo Vanegas

Firmado digitalmente por Ana Nancy Camelo Vanegas
Fecha: 2021.06.01 12:30:15 -05'00'

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

Version	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable CMU
1	09-05-2021	Modificación inicial del documento	Administrador del Sistema Tris
2	31-05-2019	Modificación por PDI 2019 - 2021	Paula Andrea Salameza Medina
3	17-12-2020	Se altera la casilla de compromiso y control, se cambia el nombre de la casilla de apto por apt	Paula Andrea Salameza 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:	17-12-20			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			
																						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:		2021			
MISIÓN:		Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																				VERSIÓN:		1			
PROCESO:		Gestión del Sistema de Desempeño Institucional																				PERIODO DE EVALUACIÓN:					
OBJETIVO DEL PROCESO:		Dirigenciar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes																									
LÍDER POA		Directora General																									
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		
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 al 2021	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	Proyectos especiales							1						Nueva propuesta organizacional acorde con el redireccionamiento	Nueva propuesta organizacional acorde con el redireccionamiento	Eficacia	Profesional Universitario 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%	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								≥ 85%						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					
																			Porcentaje de acciones de mejoras implementadas por referenciación	(Número de oportunidades de mejoras implementadas)÷(Número de oportunidades de mejoras identificadas en la referenciación) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Asesoría de Calidad					
			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												1	Certificado de acreditación	Certificado de acreditación	Eficacia	Asesora de Calidad						
																			Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas en el periodo)÷(Total de acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo.) * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad					
																			Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas.	(Número de acciones de mejora cerradas en el periodo)÷(Total de acciones de mejora programadas para cerrar en el periodo.) * 100	Eficiencia	Técnico Administrativo Calidad					
									14						14			14	Reporte del Plan Único de Mejora (PUM) a los líderes de proceso	Reporte trimestral realizado y enviado a los 14 líderes de proceso	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad					
			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	Informe de autoevaluación de habilitación	Eficacia	Asesor 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 Dec. 2193 y 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)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec.2193 y Res. 4505 a más tardar el 30 de julio 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%	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	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
																			Porcentaje de desarrollos de SIAI de acuerdo con las necesidades de modelos priorizados	(Número de desarrollos de SIAI ejecutados/Total de desarrollos de SIAI programados)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas					
								50%	100%											Porcentaje de cumplimiento del plan de capacitación en SIAI	(Número de capacitaciones ejecutadas/ Número de capacitaciones programadas para la vigencia) *100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas				
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			Número de talleres realizados de análisis de indicadores	Número de talleres realizados de análisis de indicadores	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora 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
Dirección	Gestión de desempeño institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad							>=80%						Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG)	Calificación de la política de transparencia Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
									Min. 80% Est. 95% Máx. 100%									Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022 (vigencia 2020)	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2019-2022 (vigencia 2020)	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad						40%			70%			100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos	Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
	Gestionar 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 implementación del sistema de gestión basado en riesgos	(Número de actividades realizadas del sistema de gestión basado en riesgos de acuerdo al procedimiento de gestión de riesgos/Total de actividades del procedimiento de gestión de riesgos)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Control Interno	Calidad						Min. 90% Est. 95% Máx. 100%			Min. 90% Est. 95% Máx. 100%			Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos	(Número de auditorías internas y seguimientos ejecutados en el periodo)/(Número Total de auditorías internas y seguimientos programados en el periodo)*100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno				
		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% Máx. 100%			Min. 70% Est. 80% Máx. 100%			Min. 70% Est. 80% Máx. 100%	Proporción de riesgos tratados en el INC	(Número total de Riesgos Tratados en el INC en el periodo)/(Número total de Riesgos identificados en el INC en el mismo periodo)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
				Jefe Oficina Control Interno Profesional Especializado Control Interno	Calidad						Min 80% Est. 90% Máx. 100%						Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de seguimiento a procesos en la administración de los riesgos institucionales	(Numero de procesos con seguimiento de los riesgos en el semestre)/(Numero de Procesos Institucionales programados para seguimiento en el semestre) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Control Interno				
				Asesor Jurídico	Calidad						100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de protección del riesgo jurídico institucional	(Número de actividades ejecutadas del plan de protección del riesgo jurídico del periodo / Total de actividades programadas del plan de protección del riesgo jurídico para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Jurídico				
				Asesor Control Interno Disciplinario	Calidad						100%						100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de gestión de control interno disciplinario	(Número de actividades ejecutadas plan de gestión de control interno disciplinario del periodo / Total de actividades programadas del plan de gestión de control interno disciplinario para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Control Interno Disciplinario				
	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%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	(Número de actividades del plan de humanización implementadas/Total de actividades del plan de humanización programadas) *100	Eficacia	Referente de humanización del INC				
		Desarrollar el plan de responsabilidad social	Cumplir el plan 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. 80% Est. 90% Máx. 100%						Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de responsabilidad social	(Número de actividades ejecutadas del plan de responsabilidad social /Total de actividades programadas del plan de responsabilidad social)*100	Eficacia	Profesional especializado Asesoría Calidad				

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	Imagen corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 80% (señalización y medios de comunicación)	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad			69% (11 pisos señalizados acumulado)			81% 13 pisos señalizados acumulado)			87% 14 pisos señalizados acumulado)				Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad acumulado	Número de actividades ejecutadas de comunicación asequible /Número de actividades programadas de comunicación asequible para población en condición de discapacidad)*100	Eficacia	Profesional especializado comunicaciones				
			Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad												9.5% (13,475 millones)	Ahorro en prensa gratis 30% al año 2022.	valor en pesos de ahorro en prensa gratis.	Eficacia	Profesional de Comunicaciones				
																	>=63 menciones	Promedio de figuración general en medios de comunicación	Número de menciones en medios de comunicación	Eficacia	Profesional de Comunicaciones				
			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				
																	4	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Eficacia	Asesor cooperación internacional				
		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						1	Participar en la Red de institutos e instituciones nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-AL) para el control de cáncer	Número de participaciones en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	Eficacia	Asesor cooperación internacional				
		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. 60% 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. 60% Est. 90% Máx.100%				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. 60% 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. 60% Est. 90% Máx.100%				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 uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de Comunicaciones	Calidad						Min. 80% Est. 90% Máx. 100%							Porcentaje de uso de canales de comunicación	(Número de pacientes o familiares que usan los canales formales internos / Número de pacientes o familiares a los que se aplico la encuesta)* 100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones				
											Min. 80% Est. 90% Máx. 100%							Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos	(Número de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos / Número de funcionarios y colaboradores a los que se aplico la encuesta)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones				
			Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	Jefe Oficina Control Interno Médico Especialista Control Interno	Tareas específicas						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	Medico 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			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 servicio 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	Docencia	Evaluar la viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC	Contar con estudio de factibilidad al año 2021	Subdirector Administrativo y Financiero Asesor Asesor Financiero Coordinadora Grupo Área Docencia	Proyectos especiales												1	Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC elaborado	Informe de viabilidad de creación de la Fundación Universitaria INC elaborado	Eficacia	Coordinadora Grupo Área Docencia				

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	Atención y Calidad de Pacientes	Consolidar la cultura de la seguridad de atención a pacientes institucionales	Mantener y mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Directora General Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad												>=3,4	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Resultado de la encuesta de cultura en seguridad del paciente	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Cumplir con la gestión de los eventos adversos a través de la adherencia de los 19 paquetes instruccionales	Directora General Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad												Min. 80% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales	{Número de paquetes instruccionales que cumplen con las recomendaciones de la metodología adherencia/ Total de paquetes instruccionales revisados}*100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Garantizar la calidad del registro de la historia clínica	Asesor de Calidad	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 normalidad)	{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 disponibilidad de los estados clínicos o patológicos al momento del diagnóstico mayor o igual 80%.	Directora General Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Calidad												>=80%	Porcentaje de estados clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica	Porcentaje de estados clínicos o patológicos disponibles en la historia clínica	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	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						>=90%						>=90%	Efectividad en la auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (PAMEC)	{Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC}*100	Eficacia	Profesional Especializado Asesoría Calidad				
				Asesor de Calidad	Calidad	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	Porcentaje de Gestión del servicio no conforme	Servicio no conforme gestionado/[Total servicio no conformes identificados] * 100	Eficacia	Profesional especializado Asesoría Calidad				
		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% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Min. 85% Est. 90% Max. 100%	Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes	{Número total de pacientes que se consideren satisfechos con los servicios recibidos en la institución / Número total de encuestas aplicadas - calidad}*100	Eficacia	Técnico Oficina de Calidad				
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la información - TI	Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC	Subdirectora de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación Profesional Especializado de Comunicaciones	Proyectos especiales				1									Página web institucional mejorada	Página web institucional mejorada	Eficacia	Profesional Especializado de Comunicaciones				
	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	Subdirector Administrativo y Financiero Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación	Optimización de recursos			10%			40%			70%			100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad	Porcentaje de cumplimiento de la gestión del proyecto del Sistema Integrado de Gestión de Calidad	Eficiencia	Cargue: Profesional Universitario Oficina Asesora Planeación y Sistemas Análisis: Asesora de Calidad				
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	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos del proceso GSI	{Número de criterios de evaluación completos 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				

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 OBTENDO	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%	Porcentaje de cumplimiento de cargaue 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 Análisis: Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
								100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargaue y análisis de indicadores POA del proceso GSI	(Número de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso GSI	(Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GSI/ Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GSI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
								≥ 90 (año 2020)					≥ 90 (I semestre 2021)					Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea: de gestión de desempeño e imagen corporativa	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de gestión de desempeño e imagen corporativa cumplidas/ Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de gestión de desempeño e imagen corporativa) *100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
	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									Mín. 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 Oficina de Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes prioritizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinadores de grupos áreas y grupos	Calidad									Mín. 80% Est. 90% 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%	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	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

CAROLINA WIESNER
CEBALLOS

Firmado digitalmente por
CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Fecha: 2021.06.01 11:13:07 -05'00'

CAROLINA WIESNER CEBALLOS

Directora General

Martha
Lucia
Serrano
Lopez

Firmado
digitalmente por
Martha Lucia
Serrano Lopez
Fecha: 2021.05.14
09:59:19 -05'00'

MARTHA LUCIA SERRANO

Subdirectora General de Investigación, Vigilancia
Epidemiológica y Prevención

Lina Maria
Trujillo
Sanchez

Firmado digitalmente
por Lina Maria Trujillo
Sanchez
Fecha: 2021.05.27
11:57:08 -05'00'

LINA MARIA TRUJILLO

Subdirector General de Atención Médica y Docencia

Adriana
Patricia
Hernandez
Baquero

Firmado
digitalmente por
Adriana Patricia
Hernandez Baquero
Fecha: 2021.05.14
11:40:28 -05'00'

ADRIANA PATRICIA HERNANDEZ BAQUERO

Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por Juan
Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.05.20 13:23:57
-05'00'

JUAN JOSE PÉREZ ACEVEDO

Subdirector General de la Gestión Administrativa y
Financiera

Monica Liliana
Pinto Quintero

Firmado digitalmente por
Monica Liliana Pinto Quintero
Fecha: 2021.05.19 17:13:38
-05'00'

MONICA LILIANA PINTO

Asesora de Calidad

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

INDICADOR

NOMBRE

FORMULA

TIPO DE INDICADOR

RESPONSABLE DE INDICADOR

EJECUCIÓN

RESULTADO DEL INDICADOR

ANÁLISIS

% AVANCE OBTENIDO

SEGUIMIENTO

ANÁLISIS

Buenaventura

Orduy Burgos

Firmado digitalmente por
Buenaventura Orduy Burgos
Fecha: 2021.05.19 15:37:44
-05'00'

BUENAVENTURA ORDUY

Jefe Oficina Control Interno

Jorge Orlando

Neira Roldan

Firmado digitalmente por
Jorge Orlando Neira Roldan
Fecha: 2021.05.19 11:56:33
-05'00'

JORGE ORLANDO NEIRA ROLDAN

Asesor Jurídico

Martin

Augusto Riaño

Gonzalez

Firmado digitalmente
por Martin Augusto
Riaño Gonzalez
Fecha: 2021.05.19
08:07:48 -05'00'

MARTIN AUGUSTO RIAÑO

Asesor Control Interno Disciplinario

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable CMV
1	09-05-2017	versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tico
2	31-05-2019	Modificación por PDI 2019 - 2022	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y por el, se cambia el nombre de la casilla de apto por apt	Paula Andrea Salamanca Medina

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		

GSI

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

	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:	2021				
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:	1				
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																							PERIODO DE EVALUACIÓN:					
PROCESO:	Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																												
OBJETIVO DEL PROCESO:	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																												
LIDER POA	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			
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 Gestión de Ingeniería Clínica	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 al año vigente / Número total de equipos planeados en el año vigente)*100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica					
																				100%	Proporción de evaluación de las tecnologías incorporadas	(Número de tecnologías evaluadas/Número de Tecnologías incorporadas) *100	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 metroológico	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Calidad															<=12,5%	Reducción del índice de obsolescencia	Índice de obsolescencia del periodo anterior - Índice de obsolescencia del periodo actual	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica						
																		1	Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados)	Plan de mantenimiento de equipos clínicos (biomédicos y relacionados)	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%	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 (mes vigente) /Número de equipos médicos programados para Mantenimiento Preventivo(mes vigente))*100	Eficacia	Tecnologo operativo Grupo Gestión de Ingeniería Clínica						
		Ejecutar el 100% el macroproyecto de tecnologías en salud (equipos clínicos, biomédicos y relacionados)	Coordinador Grupo Gestión de Ingeniería Clínica	Calidad																1	Plan de aseguramiento metroológico	Plan de aseguramiento metroológico	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica					
																				100%	Porcentaje de ejecución del plan de aseguramiento metroológico	(Número de mediciones realizadas / Total de mediciones planeadas en la vigencia)*100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión de Ingeniería Clínica					
							10%				40%						70%		100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC	(Compromiso acumulado del macroproyecto en su componente de tecnología biomédica / Apropiación 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						
		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 Gestión de Ingeniería Clínica																										
							10%				40%					70%		100%	Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas macroproyecto de fortalecimiento de tecnología clínica en el INC	Porcentaje de avance de actividades del macroproyecto de tecnología biomédica	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Profesional universitaria Grupo Gestión de Ingeniería Clínica							
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	Calidad	1														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% Max. 100%													Porcentaje de ejecución del plan mantenimiento preventivo y predictivo para la infraestructura y los equipos industriales y de apoyo	(Número de actividades realizadas en el periodo/Número actividades programadas en el periodo)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento						
							Min. 90% Est. 95% Max. 100%														Porcentaje en la ejecución del plan de mantenimiento correctivo de infraestructura y de equipos industriales y de apoyo	(Número de solicitudes realizadas /Total de solicitudes recibidas en el periodo)*100	Eficacia	Auxiliar Administrativo Grupo Gestión de Mantenimiento					
			Profesional Universitario Grado 5 Grupo Gestión de Mantenimiento	Calidad		1	1	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							

	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:	2021								
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																		VERSIÓN:	1								
PROCESO:	Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																											
OBJETIVO DEL PROCESO:	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																											
LIDER POA	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica																		PERIODO DE EVALUACIÓN:									
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	Implementar seis (6) estrategias para la gestión ambiental (manejo de residuos hospitalarios, verimientos, tecnologías ahorradoras, reciclaje, Plan de tratamiento de aguas residuales PTAR) con impacto de eficiencia o ahorro.	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	Optimización de recursos						100%						100%	Porcentaje de cumplimiento en el número de tecnologías ahorradoras implementadas en el INC	(Sumatoria del porcentaje de implementación de las tecnologías ahorradoras definidas para la vigencia/ Total de tecnologías ahorradoras definidas para la vigencia)*100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero							
																	1%	Reducción de consumo en las seis (6) tecnologías implementadas.	(Consumo per cápita año anterior - consumo per cápita año actual) / Consumo per cápita año anterior*100	Eficacia	Profesional Universitario Gestión Ambiental y Soporte Hotelero							
			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	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica						
								10%			40%			70%			100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC	(Compromiso acumulado del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación/ Apropiación definitiva del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación) * 100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica							
								10%			40%			70%			100%	Porcentaje de avance de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC	Porcentaje de cumplimiento de actividades del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y reordenamiento del INC	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación (proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica							
											50% (avance)						100% (3 documentos)	Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP	Documento elaboración y aprobación de PMA, PRM de acuerdo con el PEMP	Eficacia	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 Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad	Coordinador Grupo Area de Gestión Infraestructura e Ingeniería Clínica	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habitación que apliquen a infraestructura	(Número de estándares de habitación de infraestructura que cumplen / Número de estándares de habitación de infraestructura que apliquen)	Eficacia	Profesional Universitario Asesoría de Calidad					
																				Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria)	(Número de funcionarios que se consideraran 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					
				Calidad		Min. 90% Est. 95% Máx. 100%				Min. 90% Est. 95% Máx. 100%										Porcentaje de cumplimiento en limpieza y desinfección	(Número de ítem de cumplimiento/ (Total de ítem evaluados) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero					
																				Porcentaje de satisfacción del servicio de vigilancia	(Número de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de vigilancia en la Institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir la satisfacción del servicio de vigilancia) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero					
				Calidad			Min. 90% Est. 95% Máx. 100%													Porcentaje de Satisfacción servicio de Alimentos a Funcionarios, Estudiantes y Pacientes	(Número de respuestas excelente y bueno/ Total de preguntas realizadas en la encuesta de satisfacción) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero					
																				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 Ambiental y Soporte Hotelero					
				Calidad																	Porcentaje de devolución por mala calidad en el lavado	(Relación de registros diarios de ropa entregada por el Contralista /Relación de registros diarios de ropa devuelta generada por el Instituto) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero				
						Min. 1% Est. 3% Máx. 5%																						

		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			
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:		2021			
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.																									
PROCESO:		Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																				VERSIÓN:		1			
OBJETIVO DEL PROCESO:		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:					
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área 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	Infraestructura, gestión hotelera y gestión ambiental	Mejorar las condiciones de infraestructura y ambiente físico para la prestación de servicios seguros y humanizados	Actualizar e implementar el plan de señalización integral e inclusiva al 100% de las áreas institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad									1				PIGA actualizado en el Siapinc	PIGA actualizado	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
					Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA	(Número de actividades de cronograma PIGA ejecutadas en el periodo / Número de actividades en cronograma PIGA programadas en el periodo)*100	Eficacia	Profesional Universitario Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
				Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			1			1			1			1	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales	Reporte de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero						
				Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Tareas específicas			5			5			5			5	Informes de evaluación del cumplimiento con las actividades de los servicios tercerizados de Vigilancia, Aseo, Alimentos, Ropería y la PTAR	Número de Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero (uno por cada servicio)	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Ambiental y Soporte Hotelero						
	Gestión del Talento Humano	Fidelizar el talento humano institucional	Garantizar que las empresas que prestan servicios tercerizados contengan un plan de incentivos anual para sus trabajadores	Coordinador Grupo de Gestión de Hotelaría y Ambiental	Tareas específicas												100%	Porcentaje de términos de referencia en los contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores	(Número de contratos de prestación de servicios de GTC que incluyan en sus obligaciones el plan de incentivos para sus colaboradores / Total de contratos de prestación de servicios de GTC)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero						
			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 Infraestructura e Ingeniería Clínica Coordinador Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Tareas específicas			80%			80%			80%		80%	Porcentaje de funcionarios tercerizados atendidos en el comedor con alimentacion	Número de funcionarios atendidos en el comedor en el periodo / Número de funcionarios que solicitan el servicio de i comedor (450) *100	Eficacia	Técnico Operativo Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero							
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	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación						
								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						
		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%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTC	(Numero de indicadores de proceso GTC con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTC programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación					
								100%			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					
						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso GTC/ Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso GTC)*100	(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					
		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												Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de tecnología e infraestructura, gestión hotelera y ambiental	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de tecnología e infraestructura, gestión hotelera y ambiental cumplidas / Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en las líneas de tecnología e infraestructura, gestión hotelera y ambiental) * 100	Eficiencia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación							

	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:	2021
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.																		
PROCESO:	Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura																	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	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:	
LÍDER POA	Coordinador Grupo Área de Gestión Infraestructura e 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
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. 50% Max. 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 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	Calidad									Min. 80% Est. 50% Max. 100%				Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GTC/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GTC)*100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina Asesora de Planeación				
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos	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 items definidos para el proceso GTC) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

Juan Jose
Perez Acevedo

Firmado digitalmente por
Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.05.06
12:20:02 -05'00'

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

Janneth
Hasbeldy
Salazar Virguez

Firmado digitalmente
por Janneth Hasbeldy
Salazar Virguez
Fecha: 2021.05.06
10:04:46 -05'00'

JANNETH SALAZAR VIRGUEZ
Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero

Jairo Aguilera
Lopez

Firmado digitalmente
por Jairo Aguilera Lopez
Fecha: 2021.05.05
08:27:32 -05'00'

JAIRO AGUILERA LOPEZ
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios
Oncológicos

Rafael Fernando
Urquina Guerrero

Firmado digitalmente por Rafael
Fernando Urquina Guerrero
Fecha: 2021.05.06 11:06:58
-05'00'

RAFAEL FERNANDO URQUINA GUERRERO
Coordinador Grupo Área de Gestión Infraestructura e Ingeniería
Clínica

Andrea Lisset
Perez
Salamanca

Firmado digitalmente
por Andrea Lisset
Perez Salamanca
Fecha: 2021.05.05
08:32:53 -05'00'

ANDREA LISSET PÉREZ SALAMANCA
Coordinadora Grupo Gestión de Ingeniería Clínica

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable DPM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tics
2	28-05-2019	Modificación por RD 2839 - 2012	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pondé., se cambia el nombre de la casilla de apto por apt	Paula Andrea Salamanca 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:	17-12-20			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				
																						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:		2021				
MISIÓN:		Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																				VERSIÓN:		1				
PROCESO:		Gestión de Tecnologías de Información																										
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.																				PERIODO DE EVALUACIÓN:						
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área 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 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									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 PETI / Total de actividades programadas del PETI)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas Estándar Gerencia de la Información Profesional Especializado Oficial de Seguridad de la Información	Calidad							1							Documento Plan de Implementación de Gobierno de la Información	Documento Plan de Implementación de Gobierno de la Información	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Oficial de Seguridad de la Información	Calidad												1		Documento BIATI	Documento BIATI	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional especializado (Salud Publica)	Calidad													100%	Porcentaje de cumplimiento del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC (componentes de Sistemas y seguridad de la información)	(Número de actividades planeadas del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC (componentes de Sistemas y seguridad de la información) / Total de actividades del proyecto laboratorio de Cocreación para la innovación INC (componentes de Sistemas y seguridad de la información)*100	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Salud Pública						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad														100%	Porcentaje de ejecución de la infraestructura de tecnologías de la información (TI)	(Número de equipos instalados / Número total de solicitudes aprobadas por TI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware Coordinador Grupo Gestión de Aplicaciones	Calidad												1		Documento de evaluación y plan de acción sobre activos pendientes de implementación IPV6	Documento de evaluación y plan de acción sobre activos pendientes de implementación IPV6	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware						
					Calidad													1		Documento de evaluación los beneficios, pros y contras de la implementación del Internet de las cosas IOT en el INC.	Documento de evaluación los beneficios, pros y contras de la implementación del Internet de las cosas IOT en el INC.	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					
					Calidad														1		Documento de evaluación de optimización y plan consolidación de DATACENTER	Documento de evaluación de optimización y plan consolidación de DATACENTER	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
		Actualizar al 100% de lo requerido anual de la infraestructura de puestos de trabajo, redes, la óptica, 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															100%	Porcentaje de implementación del proyecto de redes y transición al protocolo IPV6	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de Redes e IPV6)/(Número de actividades programadas del proyecto de REDES E IPV6) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Soporte de Redes y Hardware					
			Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware	Calidad															100%	Porcentaje de avance de renovación tecnológica	(Número de equipos renovados e instalados)/(Número de equipos a renovar del plan) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión Soporte de Redes y Hardware					
			Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																100%	Porcentaje de implementación de la nueva óptica	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de implementación O365 Fase III)/(Número de actividades programadas del proyecto de implementación O365 Fase III)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				
				Calidad				100%												Porcentaje de implementación de la nueva Telefonía	(Número de actividades ejecutadas del proyecto de Renovación Telefonía)/(Número de actividades programadas del proyecto de Renovación Telefonía)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					
				Calidad																100%	Porcentaje de actualización versión sistema de control de acceso	(Número de actividades ejecutadas en la actualización del sistema de control de acceso)/(Número de actividades programadas la actualización del sistema de control de acceso)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware				

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	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	Implementar el 100% anual de los servicios digitales internos y al ciudadano definido mediante el uso de las tecnologías de la información	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador CEGIP	Calidad							100%							Porcentaje de implementación de servicios digitales internos y al ciudadano	$(\text{Número de trámites y Opa's definidos implementados para el periodo} / \text{Total de Número de trámites y Opa's definidos para el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas								
				Calidad							100%				100%						Porcentaje de implementación de la pagina web INC	$(\text{Número de actividades definidos en la implementación de la pagina web para el periodo} / \text{Total de actividades definidos en la implementación de la pagina web para el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
				Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Centro Gestión Integral del Paciente	Calidad													100%			Porcentaje de cumplimiento del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información)	$(\text{Número de actividades planeadas del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información)} / \text{Total de actividades del proyecto centro de gestión integral del paciente (componentes de Sistemas y seguridad de la información)}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Aplicaciones						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad									1							Documento de Análisis de Automatización de nuevos procesos Fase II	Documento de Análisis de Automatización de nuevos procesos Fase II	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Aplicaciones						
			Disseñar 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 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 implementación del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021	$(\text{Número de actividades ejecutadas del plan de seguridad y privacidad de la información 2021} / \text{Total de actividades programadas del plan de seguridad y privacidad de la información FASE 2021}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Oficial de Seguridad de la Información	Calidad														50%	100%	Porcentaje de implementación de la prueba de Hacking ético sobre la plataforma SAP	$(\text{Número de actividades ejecutadas de la prueba de Hacking Ético sobre la plataforma SAP} / \text{Total de actividades programadas de la prueba de Hacking Ético sobre la plataforma SAP}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas						
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad																	Disponibilidad de los Servicios desplegados a través de portal WEB (7x24)	$(\text{Número de minutos disponible 7x24 portal web} / \text{Total de minutos del mes del Sistema (43200 portal web)}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)	$(\text{Número de minutos disponible 7x24} / \text{Total de minutos del mes del Sistema (43200)}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP	$(\text{Número de minutos disponibles} / \text{Total de minutos del mes}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Tiempo de respuesta infraestructura SAP	$(\text{Tiempo de respuesta infraestructura SAP (Milisegundos)}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Porcentaje de acciones realizadas para el tratamiento de programas maliciosos	$(\text{Número de acciones efectivas realizadas} / \text{Total de acciones necesarias para el tratamiento de programas maliciosos}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Porcentaje de actualizaciones críticas de seguridad aplicadas/Número de actualizaciones críticas liberadas en el mismo periodo	$(\text{Número de actualizaciones críticas de seguridad aplicadas} / \text{Número de actualizaciones críticas liberadas en el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Porcentaje de vulnerabilidades y amenazas relacionadas con seguridad de la información de tipo crítico solucionados dentro de periodo	$(\text{Número de vulnerabilidades y amenazas de seguridad solucionadas de tipo crítico} / \text{Número total de vulnerabilidades y amenazas de seguridad de la información encontradas en el periodo de tipo crítico periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
																						Porcentaje de incidentes cerrados oportunamente en el servicio de Mesa de Ayuda	$(\text{Número de requerimientos e incidentes solucionados antes de los 60 minutos} / \text{Total de requerimientos e incidentes por encima del 80% en el periodo}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					
				Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Profesional Especializado Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Porcentaje de eventos relacionados con seguridad de la información cerrados	$(\text{Número de anomalías de SI cerradas} / \text{Total de anomalías de SI encontradas}) * 100$	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	Proyectos especiales				10%					40%				70%		100%	Porcentaje de ejecución el proyecto de sistematización integral	$(\text{compromiso acumulado del macroproyecto en su componente de sistematización integral} / \text{Apropiación definitiva para macroproyecto en su componente de sistematización integral}) * 100$	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
					Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Proyectos especiales				10%					40%				70%		100%	Porcentaje de cumplimiento de actividades ejecutadas el proyecto de sistematización integral	Porcentaje de cumplimiento de actividades del proyecto de sistematización integral	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (Proyectos) Análisis: Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas					
					Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas	Calidad										100%						Porcentaje de implementación del proyecto de Ampliación Equipos Activos Red Lan en el periodo	$(\text{Número de actividades ejecutadas del proyecto de Ampliación Equipos Activos Red Lan} / \text{Número de actividades programadas del proyecto de Ampliación Equipos Activos Red Lan}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					
					Coordinador Grupo Área Gestión de Sistemas Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware Coordinador Grupo Gestión de Aplicaciones	Proyectos especiales										100%						Porcentaje de implementación del proyecto renovación de la infraestructura del sistema de información crítica SAP	$(\text{Número de actividades ejecutadas del proyecto de renovación de la infraestructura del sistema de información crítica SAP} / \text{Número de actividades programadas del proyecto de renovación de la infraestructura del sistema de información crítica SAP}) * 100$	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión de Redes y Hardware					

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 de 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 GTI	Mapa de riesgos del proceso GTI actualizado versión 2021	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				
		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%	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	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
								100%		100%				100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores POA del proceso GTI	(Número 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				
						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)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno				
								2-90 (julio 2020)					2-90 (1 semestre 2021)					Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de gestión de tecnología	Sumatoria [(número de metas del Plan de Desarrollo Institucional en la línea gestión de tecnología cumplidas) + (número de metas del PDI con avance parcial línea gestión de tecnología)/ Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional línea gestión de tecnología programadas	Eficiencia	Técnico Operativo 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 áreas y grupos	Calidad													Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso GTI/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso GTI)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
			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													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				
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	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual				

Juan Jose Perez Acevedo

Firmado digitalmente por Juan Jose Perez Acevedo
Fecha: 2021.03.09 12:58:03 -05'00'

JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO

Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

Nilsa Yaneth Bermúdez Bermúdez

Firmado digitalmente por Nilsa Yaneth Bermúdez Bermúdez
Fecha: 2021.03.05 17:22:08 -05'00'

NILSA YANETH BERMUDEZ

Coordinadora Grupo Gestión de Aplicaciones

Luis Eduardo Martinez Gonzalez

Firmado digitalmente por Luis Eduardo Martinez Gonzalez

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ GONZÁLEZ

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

versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable CMR
1	01-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	11-05-2019	Modificación por RD 2019 - 2021	Revisó Andrea Salazaranca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pond, se cambia el nombre de la casilla de que por que	Revisó 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			
																					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:		2021	
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.																							
PROCESO:		Investigación																				VERSIÓN:		1	
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																				PERIODO DE EVALUACIÓN:			
LÍDER POA		Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																							
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	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 Profesional Especializado 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	Número de jornadas nacionales de investigación en cáncer	Número de jornadas nacionales de investigación en cáncer	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
				Coordinador grupo área investigación Coordinadores grupo investigación	Tareas específicas											>=1	Número de reuniones con actores de la red para avanzar en el reconocimiento y articulación de la investigación en cáncer en Colombia	Número de reuniones con actores de la red para avanzar en el reconocimiento y articulación de la investigación en cáncer en Colombia (Actas)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Formalizar al menos un (1) acuerdo nuevo de cooperación internacional de investigación en cáncer	Coordinador grupo investigación en Biología del cáncer	Tareas específicas												2	Número de capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones	Número de capacitaciones técnico-científicas para la transferencia del conocimiento en investigaciones	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Director Técnico del BNTTF	Tareas específicas											2	Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF	Proyectos de investigación nuevos internacionales con uso de muestras del Banco nacional de tumores Terry Fox BNTTF	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
															1	Actividades de socialización de la información, donantes y muestras del Biobanco (BNTTF)	Número de actividades o estrategias de socialización de catálogo del BNTTF	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación						
Misional	Investigación	Articular la investigación de cáncer a nivel nacional en el marco de los proyectos de ciencia, tecnología e innovación	Mantener activa la colaboración internacional con al menos dos (2) nuevos proyectos con SWOG Cancer Research Network y tres (3) perfiles de ideas anuales	Medico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer	Tareas específicas												3	Perfil de idea presentado en SWOG	(Número de perfiles de idea presentado en SWOG)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Medico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer Medico Especialista Grupo Oncología Clínica	Tareas específicas										1	Informes de seguimiento periódico a la participación de los proyectos SWOG en curso aprobados en el INC	Informes de seguimiento periódico a la participación de los proyectos SWOG en curso aprobados en el INC	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación						
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Desarrollar programas y proyectos para mejorar la atención centrada en el paciente	Desplegar el programa para la identificación y manejo de familias con sospecha de cáncer hereditario en al menos cuatro (4) ciudades del país (2019-2022)	Medico especialista grupo investigación en biología del cáncer	Tareas específicas						1						1	Número de reuniones para creación de la Red Nacional de Cáncer Hereditario	Número de reuniones para creación de la Red Nacional de Cáncer Hereditario	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Medico especialista grupo investigación en biología del cáncer				
Misional	Investigación	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	Desarrollar dieciséis (16) nuevos proyectos de investigación institucional o de transferencia de conocimiento en cánceres prioritarios para el país, orientados al fortalecimiento de las 8 líneas de investigación vigentes, con participación transdisciplinar	Coordinador grupo área investigación	Tareas específicas												4	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IB a IV)	Número de nuevos proyectos de investigación extrainstitucional, en las líneas de interés institucional (al menos un ensayo clínico de las fases IB a IV)	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador grupo área investigación Coordinador grupo área salud pública	Tareas específicas											8	Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación	Número de proyectos institucionales de investigación o de transferencia de conocimiento por líneas de investigación	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
				Coordinador grupo área investigación Coordinador grupo área salud pública	Tareas específicas											40	Divulgación en eventos científicos y académicos	(Nro de presentaciones realizadas en eventos científicos/académicos (acumuladas))	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
				Coordinador grupo apoyo y seguimiento para la investigación (Lider del programa)	Tareas específicas											1	Documento de informe del censo de las Bases de datos del INC	Documento de informe del censo de las Bases de datos del INC	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
																	5	Bases de datos en RedCAP de unidades funcionales priorizadas	5 Bases de datos en RedCAP de unidades funcionales priorizadas	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				

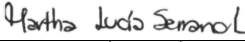
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																			CÓDIGO:		GSI-P01-F-03			
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																			VERSIÓN:		3			
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																			VIGENCIA:		17-12-2020			
																				Página 1 de 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:		2021		
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.																							
PROCESO:		Investigación																			VERSIÓN:		1		
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																			PERIODO DE EVALUACIÓN:				
LIDER POA		Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																							
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
Misional	Investigación	Incrementar la generación y uso de conocimiento científico y tecnológico para el control del cáncer en Colombia	Gestionar recursos de fuentes externas para la financiación de los proyectos de investigación	Subdirector General de Investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención Coordinador grupo área investigaciones Coordinadores de grupos de INV Coordinador grupo área salud pública Coordinadores de grupos de SPB	Optimizació n de recursos													10% incremento anual respecto al periodo anterior \$432.045.844	Variación porcentual de recursos externos obtenidos para la financiación de proyectos de investigación	{recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año actual}-{recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año anterior}{recursos de fuentes alternas para la financiación de los proyectos de INV del año anterior} * 100	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación			
				Director Técnico del BNITTF	Tareas específicas												1	Informe financiero sobre los recursos de retorno al INC por los servicios prestados por el BNITTF	Informe financiero sobre los recursos de retorno al INC por los servicios prestados por el BNITTF	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 Coordinador grupo área salud pública Coordinadores de grupos de SPB	Tareas específicas												>=3	Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Número de postulaciones para la obtención de recursos externos realizadas	Eficacia	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													2	Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por tiempo completo a la investigación en la Subdirección de investigaciones	{Número de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas}{Tiempos completos dedicados en la subdirección de investigaciones} * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación			
				Coordinador grupo área salud pública Coordinadores de grupos de SPB	Tareas específicas												1	Razón de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas por medio tiempo dedicado en la subdirección de investigaciones (GASP)	{Número de artículos científicos aceptados para publicación en revistas indexadas GASP /Tiempos completos dedicados en la subdirección de investigaciones GASP} * 1	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 Coordinador grupo área salud pública Coordinadores de grupos de SPB	Tareas específicas												<=18 meses	Oportunidad anual de aceptación de artículos científicos para publicación de proyectos de investigación en fase de cierre	{Sumatoria días transc. entre inicio de la fase de cierre del producto y la fecha de accept de public}{Artículos aceptados para publicación}*30 * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
				Coordinador grupo área investigaciones Coordinadores de grupos de INV Coordinador grupo área salud pública Coordinadores de grupos de SPB	Tareas específicas												Incremento 7.5% (0.87)	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 grupo área investigaciones Coordinador grupo área salud pública	Productividad													>=2	Promedio factor de impacto Institute for scientific information ISI de publicaciones el INC	{Sumatoria de resultados FI por revista en ISI}{Total de artículos publicados de Investigaciones del INC} * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación			
																		>=3	Factor de impacto en integración del conocimiento	{Citaciones efectuadas en el año evaluado, de publicaciones realizadas en los dos años anteriores.}/{Total de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación} * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación			

		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:		2021							
MISIÓN:		Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																		VERSIÓN:		1							
PROCESO:		Investigación																		PERIODO DE EVALUACIÓN:									
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																											
LÍDER POA		Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																											
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 el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCT)	Generar productos de alto impacto de acuerdo al modelo de medición de sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCT)	Médico especialista salud pública	Tareas específicas												1	Documento técnico que contiene la descripción de las Capacidades de Innovación en el INC al 2021	Documento técnico que contiene la descripción de las Capacidades de Innovación en el INC al 2021	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública								
																			1	Diseño y lanzamiento del primer bootcamp o hackathon para identificación de soluciones eventualmente innovadoras para desafíos institucionales	Diseño y lanzamiento del primer bootcamp o hackathon para identificación de soluciones eventualmente innovadoras para desafíos institucionales	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública						
																			1	Documento Técnico que contiene la propuesta de Modelo de Innovación aplicable en el INC	Documento Técnico que contiene la propuesta de Modelo de Innovación aplicable en el INC	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública						
Misional	Investigación	Mejorar el posicionamiento institucional como actor del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e innovación (SNCT)	Crear al menos dos (2) grupos de investigación e incrementar el grado de clasificación de al menos dos (2) de los grupos de investigación existentes en el sistema nacional de ciencia y tecnología e innovación (SNCT). Línea base 1 en categoría A1, 2 en categoría B, 4 en categoría C	Coordinador grupo área investigaciones	Tareas específicas							1						Documento con el informe de caracterización de investigadores del INC en el (SNCT)	Documento con el informe de caracterización de investigadores del INC en el (SNCT)	Eficacia	Registro: Profesional especializado investigación Análisis: Médico especialista salud pública								
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													<=210 días	Oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	{Sumatoria de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité editorial}{Número de respuestas emitidas por el comité editorial} * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación							
																				>=10 días	Diferencia en la oportunidad de la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	Oportunidad (días) en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC año anterior - Oportunidad (días) en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC año actual	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
																				5%	Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de las publicaciones por parte del comité editorial del INC	(Días de oportunidad año anterior - Días oportunidad año actual)/Días oportunidad año actual	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
																					1	Mantener la indexación en Pubindex de la Revista Colombiana de Cancerología	Mantener la indexación en Pubindex de la Revista Colombiana de Cancerología	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				
Misional	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													<=50 días	Oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética	{Sumatoria de los días transcurridos entre el sometimiento y la respuesta del comité}{Número de respuestas emitidas por el comité} * 1	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación							
																				1	Documento de medición sobre la percepción institucional del comité ética en investigación	Documento de medición sobre la percepción institucional del comité ética en investigación	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación					
																					<=45 días	Tiempo de respuesta a solicitudes generales en el trimestre	(Fecha de llegada de la solicitud (días) menos la fecha de respuesta (días)) menos tiempos muertos/Número de solicitudes recibidas	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación				
																						5%	Variación porcentual de la oportunidad en la evaluación de los proyectos de investigación por parte de comité de ética	(Días de oportunidad año anterior - Días oportunidad año actual)/Días oportunidad año actual	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Presidente comité de ética en investigación			
Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Mantener el certificado de buenas prácticas clínicas - BPC en investigación	Coordinador grupo área investigación	Tareas específicas													1	Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador	Certificación vigente de cumplimiento de BPC en investigación por investigador	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación							
																					1	Documento de recertificación en BPC emitido por el Invima 2021	Documento de recertificación en BPC emitido por el Invima 2021	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación				

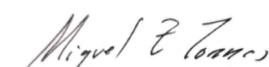
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE																	CÓDIGO:		GSI-P01-F-03							
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL																	VERSIÓN:		3							
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL																	VIGENCIA:		17-12-2020							
																		Página 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:		2021						
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.																									
PROCESO:		Investigación																	VERSIÓN:		1						
OBJETIVO DEL PROCESO:		Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																	PERIODO DE EVALUACIÓN:								
LÍDER POA		Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																									
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 institucional para el desarrollo de la 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												66%	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						
																		100%	Porcentaje de proyectos que cumplen con las actividades del cronograma	{Número de proyectos que cumplen cronograma vigente}/{Total de proyectos activos} * 100	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación					
Misional	Investigación	Mejorar la gestión institucional para el desarrollo de la investigación	Rediseñar e implementar el proceso de investigación institucional	Coordinador grupo área salud pública Coordinador grupo investigación en biología del cáncer	Tareas específicas												2	Procedimiento de Laboratorio de investigación biología y de unidad de análisis actualizados o eliminados en SIAPINC	Procedimiento de Laboratorio de investigación biología y de unidad de análisis actualizados o eliminados en SIAPINC	Eficacia	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación						
Misional	Investigación	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	Medico especialista grupo investigación clínica y epidemiológica del cáncer	Calidad												>=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	Cargue: Profesional especializado investigación Análisis: Coordinador grupo área investigación		Equivalente al indicador del plan de gestión del gerente: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Impactar positivamente en la calidad de vida de los pacientes institucionales	Diseñar e implementar un programa de medición de calidad de vida de los pacientes en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo según tipo de escala en al menos dos (2) momentos por paciente al año 2022	Medico especialista grupo de investigación clínica y epidemiologica del cáncer Profesional especializado grupo de investigación clínica y epidemiologica del cáncer	Proyectos especiales												1	Programa para la evaluación de calidad de vida, en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo, con concepto financiero	Programa para la evaluación de calidad de vida, en dos (2) unidades funcionales priorizadas y en cuidado paliativo, con concepto financiero	Eficacia	Profesional especializado grupo de investigación clínica y epidemiologica del cáncer						
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 y grupos del proceso de INV	Optimizació n de recursos				10%									100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de investigación	{Compromiso acumulado del macroproyecto de investigación / Apropiación 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 cumplimiento 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 y grupos del proceso de INV	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación						
									100%			100%			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					
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 INV	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso INV	{Numero de indicadores de proceso INV con dato y análisis / Total de indicadores de proceso INV programados para registrar en el periodo} * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación					
									100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de carga 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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de acciones de mejora cerradas oportunamente, proceso INV	{Número de acciones de mejora cerradas oportunamente en el periodo, proceso INV / Total de acciones de mejora programadas en el periodo, proceso INV}*100	Eficacia	Técnico administrativo oficina control interno					
									>=80% (I sem de 2020)						>=80% (I sem de 2021)					Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de investigación	{Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional cumplidas en la línea de investigación / Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional programadas en la línea de investigación}*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación				

	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:		2021		
MISIÓN: Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.																				VERSIÓN:		1			
PROCESO: Investigación																				PERIODO DE EVALUACIÓN:					
OBJETIVO DEL PROCESO: Generar conocimiento para contribuir al control del cáncer en Colombia																									
LÍDER POA Subdirector General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.																									
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	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 INV	Calidad										Min. 80% Est. 90% Max. 100%			Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales, proceso INV/ Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales, proceso INV)*100	Eficacia	Técnico administrativo oficina de calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Coordinador grupo área y grupos del proceso 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 y grupos del proceso de INV	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso INV entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso INV) * 100	Eficacia	Coordinador grupo área gestión contractual				

Oobservaciones:


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


María Mercedes Bravo
Coordinador Grupo Biología del Cáncer


MIGUEL ZAMIR TORRES
Coordinador Grupo Apoyo y Seguimiento para la Investigación


ALBA LUCÍA COMBITA ROJAS
Coordinador Grupo Área Investigaciones


ALBA LUCÍA COMBITA ROJAS (E)
Coordinador Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable (DNI)
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tm
2	31-05-2019	Modificación por POI 2019 - 2022	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pond, se cambia el nombre de la casilla de ejes por eje	Paula Andrea Salamanca 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:	17-12-20			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	
																						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:		2021	
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.																							
PROCESO:		Salud Pública																				VERSIÓN:		1	
OBJETIVO DEL PROCESO:		Planear, implementar y evaluar las acciones en control del riesgo, diagnóstico temprano, tratamiento y cuidado paliativo, basadas en la vigilancia, investigación y análisis de situación para el control del cáncer en Colombia.																				PERIODO DE EVALUACIÓN:			
LÍDER POA		Coordinador Grupo Área Salud Pública																							
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	Salud Pública	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	Diseñar y realizar un (1) proyecto piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo e implementarlo en dos entidades durante la vigencia 2021-2022	Coordinador Políticas y Movilización Social, Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas							1						Programa piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo, aprobado por el Comité científico	Programa piloto de implementación del modelo de cuidado paliativo, aprobado por el Comité científico	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
																2		Mesas de trabajo para la implementación del piloto	Mesas de trabajo para la implementación del piloto	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
Misional	Salud Pública	Contribuir a incrementar la de la cobertura de tamización en cáncer en el país	Realizar mínimo tres (3) cursos regionales y tres (3) brigadas anuales de detección temprana de cánceres priorizados	Coordinador Grupo de Prevención y Detección temprana Subdirector de Atención Médica y Docencia (cursos regionales)	Tareas específicas											3	Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados	Número de cursos regionales de detección temprana en cánceres priorizados realizados	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
														3		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 Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
																1	Documento con el análisis de resultados del porcentaje de positividad de las pruebas de tamización en las brigadas realizadas	Documento con el análisis de resultados del porcentaje de positividad de las pruebas de tamización en las brigadas realizadas	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
Misional	Salud Pública	Evaluar y actualizar el plan decenal para el control del cáncer en apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social.	Evaluar los resultados del plan decenal para el control del cáncer en el año 2021 con base en las fuentes de información secundarias disponibles.	Coordinador de Grupo Área Salud Pública	Tareas específicas						1							Reunión de socialización con el Ministerio de Salud y Protección Social para validación de la metodología	Reunión de socialización con el Ministerio de Salud y Protección Social para validación de la metodología	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública				
																1	Documento con los resultados de evaluación del plan decenal para el control del cáncer con base en las fuentes de información secundarias disponibles.	Documento con los resultados de evaluación del plan decenal para el control del cáncer con base en las fuentes de información secundarias disponibles.	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
			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		2	Documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer	Documentos técnicos con la postura institucional con base en información proveniente de investigaciones frente a proyectos de ley definidos para el control del cáncer	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica 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						2		2	Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Número de acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
										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 Publica Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública									
			Brindar 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	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 Área Salud Pública					

		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								
Misional	Salud Pública	Fortalecer y difundir el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del cáncer	Implementar al menos dos (2) nuevos registros poblacionales y consolidar un registro poblacional a nivel nacional.	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas												1		Convocatoria para entidades interesadas en implementar registros poblacionales en ciudades estratégicos	Convocatoria para entidades interesadas en implementar registros poblacionales en ciudades estratégicos	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
			Lograr la publicación del anuario estadístico en la vigencia siguiente	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas											1				Anuario estadístico 2019 publicado en la web	Anuario estadístico 2019 publicado en la web	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública							
																		1			Anuario estadístico 2020 publicado en la web	Anuario estadístico 2020 publicado en la web	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
			Mantener los cuatro (4) registros existentes en vigilancia epidemiológica del cáncer	Coordinador Grupo de Vigilancia Epidemiológica	Tareas específicas														4		Número de convenios de registros poblacionales vigentes	Número de convenios de registros poblacionales vigentes	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
			Mejorar 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 2019. Incidencia información de Medellín 2008-2012)	Infocancer con información anual actualizada (mortalidad nacional 2019. Incidencia información de Medellín 2008-2012)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
Misional	Salud Pública	Generar recomendaciones en guías de práctica clínica de atención en cáncer	Iniciar o actualizar dos (2) Guías de Práctica Clínica al año.	Coordinador Salud Pública e investigación clínica	Calidad													3	Guías de práctica clínica terminada en el año 2021 (cesación tabáquica, cáncer de próstata, sarcoma y tejidos blandos 2019)	Guías de práctica clínica terminada en el año 2021 (cesación tabáquica, cáncer de próstata, sarcoma y tejidos blandos 2019)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
																			3	Guías de práctica clínica iniciada en el año 2021 (cáncer de pulmón, cáncer gástrico, hematológica)	Guías de práctica clínica iniciada en el año 2021 (cáncer de pulmón, cáncer gástrico y hematológica)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública							
Misional	Salud Pública	Implementar programas de control de calidad de las pruebas de tamización en cáncer en Colombia	Implementar los programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer en instituciones prestadores de servicio.	Coordinador Prevención y Detección temprana	Tareas específicas													4	Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados	Número de instituciones con programas de aseguramiento de la calidad en pruebas de tamización de cáncer implementados	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
Misional	Salud Pública	Promover la atención integral del paciente con cáncer en el país	Diseñar e implementar un modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas													50%	Porcentaje de implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológicos	(Número de actividades implementadas del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológico / Total de actividades programadas para la implementación del modelo de evaluación y seguimiento de servicios oncológico)*100	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
																	3		Número de asistencias técnicas realizadas por año	Número de asistencias técnicas realizadas por año	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
			Diseñar e implementar un programa institucional de tele oncología	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas												1		Informe de avance de la implementación del programa institucional de tele oncología	Informe de avance de la implementación del programa institucional de tele oncología	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
			Formular e implementar un modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer.	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas específicas												1		Informe del Piloto del modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	Informe del Piloto del modelo para organizar la red de instituciones oncológicas públicas para el control del cáncer	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	Plan de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo para retomar el SIVECAO al año 2021.	Plan de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo para retomar el SIVECAO al año 2021.	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								
			Diseñar dos (2) proyectos de investigación anuales para el control del riesgo prevenibles en cáncer	Coordinador Grupo de Políticas y Movilización Social	Proyectos especiales												2		Proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados	Carta de aprobación del comité de ética institucional de los proyectos de investigación para el control del riesgo prevenibles en cáncer aprobados	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública								

		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						
Misional	Salud Pública	Realizar acciones que contribuyan al control de factores de riesgo prevenibles en cáncer	Diseñar e implementar el plan para recuperar la confianza en la vacuna VPH	Coordinador de Grupo Área Salud Pública	Proyectos especiales													20%	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 Biología del cáncer	Tareas específicas														1	Documento con evidencia de inicio de la implementación de la segunda fase (2021)	Documento con evidencia de la inicio implementación de la segunda fase (2021)	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
			Implementar dos (2) estrategias para la cesación de consumo de tabaco para la población en general.	Coordinador Salud Pública e investigación clínica	Calidad														1	Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica terminada 2021	Guía de práctica clínica para la cesación tabáquica terminada 2021	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública					
Misional	Docencia	Mantener y mejorar la oferta en educación no formal (educación continuada y de extensión)	Medir y mejorar anualmente el impacto de los cursos de prevención y detección temprana del cáncer que hace el INC	Coordinador de Prevención y detección temprana del cáncer	Tareas específicas													90%	Porcentaje de perfiles de los profesionales pertinentes al tema del curso capacitados	Número de perfiles pertinentes/ Número total de estudiantes capacitados	Eficacia	Cargue: Profesional Especializado Grupo área Salud Pública Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
Apoyo	Gestión financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC	Mantener una ejecución presupuestal de mínimo 80%, estándar 90%, máximo 100% anual.	Coordinador grupo área y grupos del proceso de SPB	Proyectos especiales													100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto Plan decenal de salud pública	(Compromiso acumulado ejecutado del macroproyecto de salud pública / Apropiación definitiva del macroproyecto de salud pública)*100	Eficiencia	Dato: Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
																		100%	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del macroproyecto Plan decenal de salud pública	Eficiencia	Dato: Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas Análisis: Coordinador Grupo Área Salud Pública						
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												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB	Actualización del mapa de riesgos del proceso SPB	Eficacia	Profesional especializado oficina asesora de planeación							
																		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						
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%	100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso SPB	(Numero de indicadores de proceso SPB con dato y análisis / Total de indicadores de proceso SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación						
																		100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso SPB	(Numero de indicadores POA proceso SPB con dato y análisis / Total de indicadores POA SPB programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación						
						100%	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						
																			Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional en la línea de Salud Pública	(Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional cumplidas en la línea de Salud Pública / Número de metas del Plan de Desarrollo Institucional programadas en la línea de Salud Pública)*100	Eficacia	Profesional universitario oficina asesora de planeación						
	rativa		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														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						

		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																					
Dirección	Imagen corporal	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 y grupos del proceso de SPB	Calidad																		
Auditoría	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%	100%	100%	100%			

Observaciones:

Martha Lucía Serrano Lopez

Firmado digitalmente por Martha Lucía Serrano Lopez
Fecha: 2021.05.24 06:50:40 -05'00'

MARTHA LUCÍA SERRANO LÓPEZ

Subdirectora General de Investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención

Devi Nereida Puerto Jimenez

Firmado digitalmente por Devi Nereida Puerto Jimenez
Fecha: 2021.05.19 16:25:40 -05'00'

DEVI NEREIDA PUERTO

Coordinadora Grupo Políticas y Movilización Social (E)

Devi Nereida Puerto Jimenez

Firmado digitalmente por Devi Nereida Puerto Jimenez
Fecha: 2021.05.19 16:25:29 -05'00'

DEVI NEREIDA PUERTO

Coordinadora Grupo Área Salud Pública

Devi Nereida Puerto Jimenez

Firmado digitalmente por Devi Nereida Puerto Jimenez
Fecha: 2021.05.19 16:25:48 -05'00'

DEVI NEREIDA PUERTO

Coordinadora Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer (E)

Jairo Aguilera Lopez

Firmado digitalmente por Jairo Aguilera Lopez
Fecha: 2021.05.19 13:56:17 -05'00'

JAIRO AGUILERA LÓPEZ

Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos



CONSTANZA PARDO RAMOS

Coordinadora Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OIM
1	05-05-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-05-2019	Modificación por FOI 2019 - 2022	Paula Andrea Salamanca Medina
3	17-12-2020	Se elimina la casilla de compromisos y pond., se cambia el nombre de la casilla de qes por qje	Paula Andrea Salamanca 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:	17-12-20			Fecha:	17-12-20			Fecha:	17-12-20		