	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

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:	2016
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 Sistema de Desempeño Institucional	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Direccionar, planificar, desarrollar, seguir, controlar y mejorar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad y satisfacción de los clientes.	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Directora General		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la satisfacción de los pacientes	Porcentaje de satisfacción mínimo en 93%	lograr la oportunidad en las satisfacción del paciente	3%	Diseñar, socializar y hacer seguimiento al plan de humanización	100%	Directora General - Subdirector Administrativo - Subdirector de Atención Médica - Asesor de Calidad - Asesor Comunicaciones	Calidad					1								Diseño de plan de humanización	Documento con el diseño de plan de humanización	Eficacia	Gestor de Calidad de la Subdirección de Atención Médica				
															1							Socialización de plan de humanización	Lista de asistencia a reuniones de socialización del plan de humanización	Eficacia	Asesor de Comunicaciones				
																100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	Número de actividades realizadas en el periodo / Número de actividades programadas en el periodo /	Eficiencia	Asesor de Calidad				
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Medir y evaluar las tasas de supervivencia para las patologías seleccionadas. Tasas de supervivencia global a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino.	Implementación de clasificacion pertinente y oportuna del estadio del diagnostico del paciente	3%	Cruzar la cuenta de alto costo (Diagnóstico y Estadio) con la información de SAP tomando los primeros doscientos pacientes del mes de Octubre de 2015, bajo el acompañamiento del grupo unidad de analisis, generando una línea base para el mejoramiento del registro.	100%	Coordinador Grupo Area Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Área Unidad Analisis de datos Profesional Especializado Planeación Profesional Especializado Sistemas	Tareas Específicas						1						Porcentaje de adherencia a guía y calidad del tratamiento	Porcentaje de adherencia a guía y calidad del tratamiento	Eficacia	Asesor de Planeación, Asesor de Calidad				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de la tecnología	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información	Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Mejorar el manejo de infraestructura informática	4%	Actualizar, Socializar y Evaluar el Plan de Accion Gobierno en Linea	33%	Jefe Oficina de Planeación, Asesor de Calidad, Grupo Gestión a Usuarios, Asesor Comunicaciones, Grupo Sistemas, Asesor Jurídico	Proyectos Especiales				1							Plan de acción Gobierno en Línea 2016	Plan de acción Gobierno en Línea 2016 - aprobado	Eficacia	Asesor de Planeación				
																					≥ 85%	Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea	Documento con los resultados de evaluación de la estrategia gobierno en línea	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Realizar seguimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través del Formulario Único Reporte de Avance a la Gestión (FURAG)	33%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa Subdirección de Investigaciones Jefe Of. Planeación	Productividad			1								Reporte de implementación de FURAG	Un reporte de implementación de FURAG	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Elaborar Plan de Gerencia de la Información	34%	Jefe Oficina de Planeación, Asesor de Calidad, Grupo Gestión a Usuarios, Asesor Comunicaciones, Grupo Sistemas	Optimización De Recursos								1			Plan de Gerencia de la Información	Un Plan de Gerencia de la Información aprobado	Eficacia	Asesor de Planeación				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Consolidación de un plan de producción	3%	Consolidar, presentar y hacer seguimiento al plan de producción y ventas del INC para la vigencia 2016-2017, en conjunto con el área comercial	100%	Subdirección de Atención Médica Jefe Oficina Asesora de Planeación Profesional Especializado Grupo Área Comercial	Optimización De Recursos								1 año 2017			Plan de producción	Plan de producción presentado y aprobado por la Dirección General	Eficacia	Asesor de Planeación, Profesional Especializado Of. Planeación, Técnico Operativo Of. Planeación				
										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tablero de producción	Un tablero de producción mensual	Eficacia	Profesional Especializado Oficina de Planeación				
				Desarrollo de uno o varios modelos de gestión a partir de la revisión del modelo organizacional Conformación de equipo de trabajo Definición y ajuste de metodología Medición y análisis de información	4%	Implementar modelos de productividad en 12 servicios asistenciales	50%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa Jefe Of. Planeación	Productividad												100%	Porcentaje unidades funcionales con modelo de productividad	[Número de unidades funcionales con modelos de productividad implementados][Número total de unidades funcionales]*100	Eficacia	Equipo de Productividad y Desempeño. Planeación-Subdirector Adminsitrativo y Financiero.				
						Propuesta de modelo de productividad y desempeño para la Subdireccion de Investigaciones	50%	Subdirección Administrativa, Subdirección Investigación, Jefe Of. Planeación	Productividad								1					Documento aprobado	Documento aprobado	Eficacia	Equipo de Productividad y Desempeño. Planeación-Subdirector Adminsitrativo y Financiero. Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				
				Revisión del modelo Organizacional	5%	Terminar y presentar proyecto de cargas laborales	20%	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Proyectos especiales				100%									Porcentaje de servicios con estudio de cargas laborales	(Número de servicios con estudio de cargas laborales / Número Total de servicios del INC)*100	Eficiencia	Asesor de Planeación				
						Implementar el proyecto de capacidad instalada	20%	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Proyectos especiales				100%									Porcentaje de servicios con estudio de capacidad instalada	(Número de servicios con estudio de cargas laborales / Número Total de servicios del INC)*100	Eficiencia	Asesor de Planeación				
						Depurar y alinear los indicadores de proceso con el modelo Organizacional, misión y visión institucional	20%	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Calidad						100%							Porcentaje de indicadores de proceso depurados	(Número de indicadores depurados / Número total de indicadores del INC)*100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación				
						Actualizar el mapa de procesos en su componente documental	20%	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Tareas Específicas		1											Mapa de procesos y estructura orgánica actualizados	Mapa de procesos y estructura orgánica actualizados, publicados en siapinc y página web institucional	Eficacia	Asesor de Planeación				
								Jefe Oficina Asesora de Planeación Organización y Metodos	Tareas Específicas												100%	procesos actualizados	(Número de procesos actualizados / Número total de procesos del INC)*100	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Implementar la metodología de gestión de proyectos a nivel institucional	20%	Jefe Oficina Asesora de Planeación Equipo de Proyectos	Tareas Específicas			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de implementación de metodología de gestión de proyectos a nivel institucional	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas	Eficacia	Asesor de Planeación, Equipo Proyectos				

382

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financiera	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Revisión del modelo Organizacional		Implementar la metodología de gestión de proyectos a nivel institucional		Jefe Oficina Asesora de Planeación Equipo de Proyectos	Tareas Específicas			1										Anteproyecto de presupuesto	Un anteproyecto de presupuesto elaborado	Eficacia	Asesor de Planeación, Equipo Proyectos				
																			1			Proyecto de presupuesto	Un proyecto de presupuesto elaborado y aprobado	Eficacia	Asesor de Planeación, Equipo Proyectos				
			Obtener recursos de fuentes alternas (diferentes del gobierno nacional y del recaudo por venta de servicios hospitalarios) que representen un 15% del presupuesto de ingreso	Estrategias Alternas (recursos alternativos)	3%	Busqueda de recursos a través de desarrollo normativo (estampilla)	98%	Directora General, Coord. Cooperación Internacional, Jefe Of. Planeación, Subdirector Administrativo, Subdirector Médico	Proyectos especiales													1	Proyecto estampilla	Proyecto estampilla radicado ante el Congreso de la República	Eficacia	Coord. Cooperación Internacional				
						Gestión efectiva de recursos de cooperación	2%	Coord. Cooperación Internacional	Tareas Específicas	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Estandar 80	Índice de Ingresos por Cooperación	{Total acumulado de los ingresos por cooperación}/{Cincuenta porciento (50%) del presupuesto anual de inversión Nación}	Eficacia	Coord. Cooperación Internacional				
				Consolidación de un programa de donaciones	3%	Difundir un video de donaciones en redes sociales, espacios institucionales, nacionales e internacionales	100%	Cooperación Internacional, Asesoría Comunicaciones	Tareas Específicas						50.000 reproducciones						50.000 reproducciones	Difusión videos de donaciones en redes sociales	Redes sociales: twitter, facebook, youtube	Eficacia	Asesoria Comunicaciones				
											*4 emisiones en parrilla 8 horas	4 televisión internacional *4 emisiones en parrilla 8 horas	2 televisión nacional 4 emisiones en parrilla 8 horas	2 televisión nacional 4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	4 emisiones en parrilla 8 horas	Difusión videos de donaciones en espacios institucionales y canales alternos	Canal interno de tv	Eficacia	Asesoria Comunicaciones				
																					1	Video donaciones a nivel internacionales	Video donaciones difundido a nivel internacional	Eficacia	Asesoria Comunicaciones				
	Gestión de imagen corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública	Impacto en medios masivos mínimo en un 30 por ciento más que el año inmediatamente anterior.	Hacer un plan de comunicaciones con divulgación de las publicaciones institucionales	3%	Amentar el impacto de medios masivos en un 30% con respecto al año inmediatamente anterior	100%	Asesoría Comunicaciones	Productividad												(≥ 57.460 televisión) (≥ 95.000 radios)	Medición de impacto en medios masivos	Rating de personas que escuchan y ven los programas institucionales por el numero de nuevas personas a fidelizar.	Efectividad	Asesoría Comunicaciones				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la opinión pública	Impacto en medios masivos mínimo en un 30 por ciento más que el año inmediatamente anterior.	Desarrollo de miniserie educativa Seguridad vacuna VPH	3%	Producir y difundir una (1) serie educativa	100%	Subdirección de Investigaciones, Asesoría Comunicaciones	Tareas Específicas						1							Producción y difusión de serie educativa	Una serie educativa producida y difundida	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
				Preporducción, producción, postoproducción y emisión programa de televisión VIDA Y CÁNCER	3%	Continuar producción programa Vida y Cáncer TV 25 capítulos	50%	Asesoría Comunicaciones	Productividad	0	0	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	Programa Vida y Cáncer tv	Número de capítulos emitidos en TV	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
						Continuar cuarta temporada vida y cáncer radio 45 emisiones	50%	Asesoría Comunicaciones	Productividad	0	0	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	Programa Vida y Cáncer radio	Número de capítulos emitidos en radio	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
			Prensa gratis mínimo en 1500 millones de pesos anuales en ahorro en publicidad.	Posicionar al INC en medios de comunicación mediante al menos dos voceros institucionales mensuales.	3%	Ahorro en free press en 8.400 millones anuales	100%	Asesoría Comunicaciones	Productividad												Ahorro en publicidad en 8.400 millones	Posicionamiento de Marca	Ahorro en publicidad	Eficiencia	Asesoría Comunicaciones (2 voceros inst.)				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Realizar difusión de los planes en encuentros institucionales como retroalimentación a la dirección	3%	Producir cuatro video clips mensuales propios con resultado de indicadores e informacion clave de los planes establecidos emitidos en canal interno de televisión.	100%	Coord. Talento Humano Jefe Of. Planeación Asesor Calidad Asesoría Comunicaciones	Productividad			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Producción de video clips	Número de video clips producidos en el período	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
			Nivel de conocimiento de políticas (Calidad, comunicaciones, Talento Humano, Modelo de atención) mínimo en 80% de los funcionarios y colaboradores.	Desarrollo de estrategias de socialización del proceso de control interno disciplinario	3%	Socializar en inducción, juntas médicas el proceso de control interno disciplinario (15 juntas medicas- 1 mensual, 1 anual proceso de investigación, 1 adm,	100%	Profesional Universitario - Asesoría Jurídica (Control Interno Disciplinario)	Tareas Específicas	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	2	4	Socialización de proceso de control interno disciplinario	Número de socializaciones de proceso de control interno realizadas	Eficacia	Profesional Universitario - Asesoría Jurídica (Control Interno Disciplinario)				
				Realizar difusión de los planes en encuentros institucionales como retroalimentación a la dirección	4%	Elaborar instrumento para determinar el nivel de conocimiento de las politicas y planes institucionales	40%	Coordinadora Gestión del Talento Humano, Asesor de Calidad, Asesor Comunicaciones, Subdirección Médica, Jefe Control Interno, Asesor Planeación, Subdirector Administrativo	Tareas Específicas				1								Instrumento de medición de conocimiento	Instrumento de medición del nivel de conocimiento de las politicas y planes institucionales	Eficacia	Asesor Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de políticas (Calidad, comunicaciones, Talento Humano, Modelo de atención) mínimo en 80% de los funcionarios y colaboradores.	Realizar difusión de los planes en encuentros institucionales como retroalimentación a la dirección		Aplicar instrumento para determinar el nivel de conocimiento de las políticas y planes institucionales	30%	Coordinador Talento Humano - Asesor Calidad - Asesor Comunicaciones Subdirección Médica	Tareas Específicas								≥80%					Pocentaje de conocimiento de las políticas y planes institucionales	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado) * 100	Eficacia	Asesor Calidad				
						Promover el conocimiento del índice de transparencia institucional	30%	Asesor Jurídico - Asesor Comunicaciones - Alvaro Acosta - Dirección General	Tareas Específicas					100%								Porcentaje del conocimiento de transparencia institucional	(Número de criterios de transparencia institucional difundidos/ Total de criterios de índice de transparencia)*100	Eficacia	Asesor Calidad				
			Nivel de uso de canales formales mínimo en 50%	Mejoramiento de la comunicación interna a través de canal institucional de televisión	3%	Establecer línea base de conocimiento de canal interno de televisión	100%	Asesoría Comunicaciones	Calidad												1	Encuesta conocimiento de canal interno de televisión	Una encuesta aplicada	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
		fortaecer 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 del área comercial.	Mejoramiento de la comunicación con el cliente externo	3%	Realizar el diseño para impresión del portafolio de servicios del INC	50%	Coord. Gestión Comercial, Asesoría Comunicaciones	Tareas Específicas						Diseñado				Impreso			Portafolio de servicios del INC	Documento impreso del portafolio de servicios del INC	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
						Realizar la producción de un video del portafolio de servicios del INC	50%	Coord. Gestión Comercial, Asesoría Comunicaciones	Tareas Específicas											1		Producción de video del portafolio de servicios del INC	Número de videos producidos	Eficacia	Asesoría Comunicaciones				
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Cumplir los criterios de acreditación en el estándar que aplique	4%	Alcanzar 3.5 en la calificación de la autoevaluación en el desarrollo de preparación para la acreditación y cumplimiento de plan de mejora asociado	40%	Todo el personal del INC	Calidad												≤ 3,5	Calificación de Autoevaluación	Resultado del promedio de la calificación de los estandares de acreditación	Eficiencia	Asesor Calidad				
						Formular planes de mejora de estándares	30%	Todo el personal del INC	Calidad				1									Plan de mejora estándares de acreditación	Plan de mejora de acreditación con enfoque integrador	Eficacia	Asesor Calidad				
						Cumplir los planes de mejora de estándares de acreditación (Quinto ciclo)	30%	Asesor Calidad Subdirector Administrativo Subdirectora Investigaciones Subdirector Médico	Calidad					100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		Porcentaje de ejecución del plan de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora cerradas al V ciclo de atoevaluación de acreditación / Total de acciones de mejora del V ciclo de autoevaluación de acreditación) * 100	Eficacia	Asesor Calidad				
				Evaluación del riesgo institucional	3%	Actualizar mapa de riesgo institucional	100%	Asesor Calidad	Calidad			1									Mapa de riesgo institucional	Mapa de riesgo institucional actualizado	Eficacia	Asesor Calidad				
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Incrementar cobertura de la estandarización de procesos	3%	Ajustar (con requerimientos de FURAG) e implementar instrumento de medición de transparencia empresarial	100%	Asesor Calidad Asesor Jurídico	Tareas Específicas			1									Índice de transparencia empresarial	Informe con los resultados de transparencia	Eficacia	Asesor Jurídico				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Fortalecer el control interno disciplinario.	4%	Ejecutar el plan de Fomento de la Cultura del AUTOCONTROL	50%	Jefe Oficina de Contro Interno	Tareas Específicas			100%			100%			100%			100%	GSI-IND-34 Porcentaje de ejecución de actividades para el fomento de la cultura del autocontrol	Número de actividades programadas y ejecutadas para el fomento de la cultura del autocontrol }{(Número de actividades programadas para el fomento de la cultura del autocontrol * 100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
						Realizar seguimiento del cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	50%	Directora General, Asesoría Calidad, Asesor Comunicaciones, Asesor Jurídico, Subdirector Administrativo, Coordinador Grupo Área Gestión Financiera, Coordinador Grupo Presupuesto, Coordinador Grupo Área Gestión del Talento Humano, Coordinador Grupo Área Gestión Documental, Coordinador Grupo Compras, Coordinador Grupo Contratos, Coordinador Grupo Gestión a Usuarios, Asesor Planeación, Jefe Oficina Control Interno	Productividad				100%			100%				100%		Porcentaje de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015, Resolución 3564 de 2015, portal web insititucional actualizado.	Porcentaje de cumplimiento de la ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015, Resolución 3564 de 2015, portal web insititucional actualizado.	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
			Cumplimiento del programa de auditoria interna en un 90%	Desarrollar el plan de auditorias	5%	Realizar las Auditorías Internas de Calidad y demás auditorías/seguimientos de ley de responsabilidad de la OCI	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad			100%			100%			100%			100%	GSI-IND-32 Porcentaje de ejecución de Auditorias Internas y seguimientos	Número de auditorias internas y seguimientos programados y ejecutados en el período}{Número Total de auditorias internas y seguimientos programados en el período *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
						Ejecutar las auditorías definidas en el programa anual de auditoria interna del INC 2015	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%												Porcentaje de cumplimiento en el programa de auditoria 2015	Número de auditorias ejecutadas del programa anual de auditoria interna del INC / Número de auditorias planeadas en el programa anual de auditoria interna del INC *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
						Realizar seguimiento a los planes de Mejoramiento	16%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	GSI-IND-33 Porcentaje de seguimiento al cierre de acciones de mejora	Número de acciones de mejoramiento vencidas con seguimiento en el mes}{(Número total de acciones de mejoramiento vencidas en el mes *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
						Realizar cierre a planes y acciones de mejora	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	GSI-IND-25 E-Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento	Número de acciones de mejoramiento vencidas y cerradas con seguimiento en el mes }{(Número total de acciones de mejoramiento vencidas con seguimiento en el mes *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar total transparencia en el actuar institucional	Cumplimiento del programa de auditoria interna en un 90%	Desarrollar el plan de auditorias		Realizar seguimiento a la efectividad de los controles definidos para los riesgos de los procesos.	17%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad			90%			90%			90%			90%	GSI-IND-23 Porcentaje de seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales	Numero de procesos con seguimiento en la identificación, implementación y tratamiento de los riesgos en el trimestre)](Numero de Procesos Institucionales programados para seguimiento en el trimestre *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
						Realizar seguimiento a la implementación de acciones correctivas sobre hallazgos	16%	Jefe Oficina Control Interno	Calidad			90%			90%			90%			90%	GSI-IND-24 B Porcentaje de Seguimiento a la implementación de Hallazgos	Número de hallazgos formulados con acciones de mejora implementadas y con seguimiento)](Número de hallazgos formulados *100	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
			Identificación de factores de riesgo que incidan en actos de corrupción	Formular y ejecutar el plan Anticorrupción y de Atención al Usuario	4%	Formular el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo; Estrategia Antitrámites; Rendicióndе cuentas; Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano)	50%	Subdirector Administrativo Subdirectora Investigaciones Subdirector Médico Coord. Gestión a Usuarios Asesoría Comunicaciones Coord. Sistemas Jefe Of.Asesora Planeación	Producti vidad			1										Formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano formulado	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Ejecutar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	50%	Subdirector Administrativo Subdirectora Investigaciones Subdirector Médico Coord. Gestión a Usuarios Asesoría Comunicaciones Coord. Sistemas Jefe Of.Asesora Planeación	Producti vidad				100%				100%				100%	Porcentaje de avance del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Promedio porcentaje de avance del total de componentes del plan	Eficacia	Jefe Oficina de Contro Interno				
		Desarrollar un plan de responsabilidad social	Cumplimiento de metas en responsabilidad social mínimo en 75%	Desarrollo de educación continuada con acceso libre (sin costo)	3%	Realizar un informe a la dirección sobre vulneración de los derechos a los pacientes	50%	Comité de Ética				1			1			1			1	Informe vulneración de los derechos a los pacientes	Un informe vulneración de los derechos a los pacientes	Eficacia	Médico Especialista Grupo Hospitalización				
						Revisar y hacer visible el cumplimiento de derechos a los pacientes mediante el análisis de las tutelas	50%	Asesor Jurídico Asesoría Comunicaciones	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Seguimiento oportuno a Derechos de Petición en página web institucional	Número de derechos de petición con respuesta en termino a través de página web / Número total de derechos de petición recibidos en el periodo	Eficacia	Asesor Jurídico				
				Los criterios implican el desarrollo de los siguientes componentes que surgen de un proceso de diagnóstico, implementación, mantenimiento y mejora: Gobernanza, Derechos humanos, Prácticas laborales, Practicas justas de operación, Asuntos de consumidores y Participación activa y desarrollo de la comunidad	4%	Definir las metas de seguimiento y cumplimiento a cada componente de responsabilidad social	50%	Asesor Calidad	Tareas Específi cas					1								Documento Métas de responsabilidada social	Un documento con las metas de responsabilidad social definidas	Eficacia	Asesor Calidad				
						Seguimiento y cumplimiento a cada componente de responsabilidad social	50%	Asesor Calidad	Calidad											≥75%		Índice de responsabilidad social	Resultado de la calificación de cumplimiento de estandares en responsabilidad social	Eficiencia	Asesor Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Analisis	% Avance obtenido	Analisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	3%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Directora General Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Proceso GSI con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Asesor de Calidad				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	4%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	14%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GSI	(Numero de indicadores de proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina de Planeación Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	14%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GSI	(Numero de indicadores POA, proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Técnico Operativo Oficina de Planeación				
						Realizar acompañamiento y seguimiento en el cargue de análisis de indicadores de proceso	14%	Jefe Oficina Planeación Profesional Especializado Oficina de Planeación Líderes de proceso	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores de proceso	(Numero de indicadores con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina de Planeación Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Realizar seguimiento al cumplimiento de tareas de los comités priorizados	14%	Subdirección de Investigaciones, Subdirección Administrativa, Subdirección Médica	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento a tareas de los comités priorizados	Número de tareas cumplidas de comités priorizados / Número de tareas definidas en Comités priorizados	Eficacia	Subdirección de Investigaciones, Subdirección Administrativa, Subdirección Médica				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	16%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GSI	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GSI) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GSI + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	14%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Profesionales Especializados de Proyectos	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 Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	14%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GSI	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GSI / Total de contratos asignados al proceso GSI para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	3%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Profesionales Especializados de Proyectos	Tareas Específicas											1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso GSI	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GSI	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	4%	Seguimiento al cumplimiento del Plan de Gestión del Gerente 2016	18%	Dirección Genral Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa y Financiera Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad	Productividad			100%											Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión del Gerente 2016	Cumplimiento de metas / Total de metas programadas	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018	19%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa y Financiera Subdirección de Investigaciones Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Productividad	100%					100%					100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018. (vigencia)	Cumplimiento de metas / Total de metas programadas	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual (POA) 2016	18%	Subdirección de Atención Médica Subdirección Administrativa y Financiera Subdirección de Investigaciones Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional	Productividad			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual	Cumplimiento de compromisos por POA´s / Total de compromisos de todos los POA´s	Eficacia	Asesor de Planeación				
						Cumplimiento en la entrega de informes institucionales internos y externos (Informe de Gestión, Plan Sectorial, Informe al Congreso, Informe Contraloría,	15%	Jefe Oficina Planeación	Productividad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento en la entrega de informes institucionales internos y externos	Número de informes presentados en término / Total de informes programados para entregar en el periodo	Eficacia	Jefe Oficina de Planeación Profesional Especializado Of. Planeación, Técnico Administrativo y técnico Operativo Of. Planeación				
						Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	15%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad										85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GSI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	15%	Jefe Control Interno Jefe Oficina Planeación Asesor de Calidad Asesor Comunicaciones Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad											75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GSI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GSI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

CAROLINA WIESNE CERALLOS
Dirección General

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

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirector General de Atención Médica y Docencia

AMARANTO SUAREZ
Subdirector General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y Prevención

ADRIANA PATRICIA HERNANDEZ BAQUERO
Jefe Oficina de Planeación y Sistemas

LUIS EDUARDO CARTAGENA
Jefe Oficina de Calidad

BUENAVENTURA ORDUY BURGOS
Jefe Oficina de Control Interno

WILLIAM FERNANDO CHARRY
Asesor de Cooperación Internacional

DIANA CAROLINA DAZA FRANCO
Asesora de Comunicaciones

JORGE ORLANDO NEIRA ROLDAN
Asesor Jurídico

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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:		**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Ruth Quevedo		

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND	COMPROMISOS	POND	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso) Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO (Of. Planeación) % Avance obtenido	Análisis
Desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mantener la seguridad de pacientes institucionales	Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	10%	Aumentar en el 3% el reporte de eventos relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de eventos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	No de eventos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia reportados en SIAP/INC IV / Eventos reportados en la vigencia anterior	Eficacia	Referentes de programas farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia				
			Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente.	Educar a pacientes y profesionales de la salud	10%	Aplicar la encuesta de cultura de seguridad del paciente al 70% los funcionarios y colaboradores del Instituto	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica	Calidad										Encuesta	Informe resultados		Medición de la cultura de seguridad del paciente	(Numero de funcionarios encuenstados en cultura de seguridad del paciente/ Total de funcionarios y colaboradores del INC) x100%	Efectividad	Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica. Julian Burbano				
			Lograr adherencia a la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente mínimo 70% del MSPS que le apliquen al INC.	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	10%	Medir la adherencia a los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Referente del Programa de Seguridad del paciente. Julian Burbano	Calidad						Medición y línea de base						Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente	N° de items que se cumplen de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente / Total de items de cada paquete x100	Efectividad	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
				Educar a pacientes y profesionales de la salud	10%	Socializar el programa de atención integral oncológica segura	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Referente del Programa de Seguridad del paciente. Julian Burbano	Calidad											60% de los funcionarios		Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados	No. Funcionarios capacitados en el programa/Total funcionarios y colaboradores INC x100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Mantener el Índice de Infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%	Educar a pacientes y profesionales de la salud	10%	Mejorar al 80% la adherencia a la estrategia de lavados de manos	50%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Coordinador de cada grupo	Calidad				80%				80%				80%	Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos	Nò acciones realizadas/ Total de Oportunidades x100	Efectividad	Vigilancia de infecciones				
						Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital	50%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación y Coordinador de cada grupo	Calidad						>=375						>=375	Instrumento Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS	Avance y mejora en el cumplimiento de los cinco componentes del marco de evalución y adherencia de los 27 indicadores de la estrategia multimodal Higiene de manos.	Efectividad	Vigilancia de infecciones				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Oportunidad en estadificación diagnóstica para pacientes institucionales máximo en 20 días	Oportunidad en la asignación de citas. Oportuinidad diagnóstica	10%	Plan de optimización del servicio de patologia	20%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Patología Oficina de Planeación (OyM)	Proyectos especiales						1							Propuesta proyecto de optimización del servicio de Patología	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de optimización del servicio de Patología	Eficacia	Coordinador Grupo Patología Organización y métodos				
						Plan de optimización del servicio de medicina nuclear	20%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinador Grupo Medicina Nuclear. Oficina de Planeación (OyM)	Proyectos especiales						1							Propuesta proyecto de de optimización del servicio de Medicina Nuclear	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de de optimización del servicio de Medicina Nuclear	Eficacia	Coordinador Grupo Medicina Nuclear, Organización y métodos				
						Plan de optimización del servicio de laboratorio	20%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinador Grupo Laboratorio, Oficina de Planeación	Proyectos especiales						1							Propuesta proyecto de de optimización del servicio de Laboratorio	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de de optimización del servicio de Laboratorio	Eficacia	Coordinador Grupo Laboratorio, organización y métodos				
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Medir y evaluar las tasas de supervivencia para las patologías seleccionadas Tasas de supervivencia global a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino	Implementación de clasificacion pertinente y oportuna del estadio del diagnostico del paciente	8%	Cruzar la cuenta de alto costo (Diagnóstico y Estadio) con la información de SAP tomando los primeros doscientos pacientes del mes de Octubre de 2015, bajo el acompañamiento del grupo unidad de analisis, generando una línea base para el mejoramiento del registro	50%	Coordinador Grupo Area Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Área Unidad Analisis de datos Profesional Especializado Planeación Profesional Especializado Sistemas	Calidad						1							Lista de diagnostico y estadio por paciente en gastrico, colon y recto, cuello uterino y mama	Cruce de base de datos	Eficacia	Coordinador Grupo Area Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Área Unidad Analisis de datos Profesional Especializado Planeación Profesional Especializado Sistemas				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	8%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Coordinadores de Grupo y Asesor de Calidad	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso Diagnóstico y Estadificación	Proceso Diagnóstico y Estadificación con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	8%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Diagnóstico y Estadificación	(Numero de indicadores de proceso Diagnóstico y Estadificación con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso Diagnóstico y Estadificación programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación /Gestor de Calidad	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Diagnóstico y Estadificación	(Numero de indicadores POA, proceso Diagnóstico y Estadificación con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso Diagnóstico y Estadificación programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación Técnico Operativo Oficina de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso Diagnóstico y Estadificación	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso Diagnóstico y Estadificación) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso Diagnóstico y Estadificación + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones si aplica	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación y Coordinador de cada grupo	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso Diagnóstico y Estadificación entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso Diagnóstico y Estadificación entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación y Coordinador de cada grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso Diagnóstico y Estadificación	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso Diagnóstico y Estadificación / Total de contratos asignados al proceso para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
						Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	17%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación	Tareas Específicas											1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso Diagnóstico y Estadificación	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso Diagnóstico y Estadificación	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	8%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación y Coordinador de cada grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso Diagnóstico y Estadificación	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Diagnóstico y Estadificación / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
				Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	8%	Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación y Coordinador de cada grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso Diagnóstico y Estadificación	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Diagnóstico y Estadificación / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia

RUTH QUEVEDO SERRANO
Coordinador Grupo Area Diagnóstico y Estadificación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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:	Tratamiento y Soporte	**VERSIÓN:**	1
OBJETIVO DEL PROCESO:		**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Jesús Antonio Acosta		

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Desarrollo de procesos misionales	Linea de atención de pacientes	Mantener la seguridad de pacientes institucionales	Tasa de eventos adversos máximo en 2%	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigitancia	5%	Aumentar en el 3% el reporte de eventos relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	100%	Gestor de Calidad de la Subdirección de Atención Médica	Calidad				100%			100%			100%		100%	Porcentaje de eventos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	No de eventos de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia reportados en SIAPINC IV / Eventos reportados en la vigencia anterior	Eficacia	Referentes de programas farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia				
			Incrementar el porcentaje de adherencia a los protocolos institucionales mínimo en 80%, en las patologías de mayor prevalencia (mama, colon y recto y cuello uterino)	Implementar guías y protocolos Estandarizar procedimientos clínicos Educar a pacientes y profesionales de la salud	5%	Medir la adherencia para cáncer de cuello uterino con la metodología aprobada	100%	Coordinador Grupo de Ginecología	Calidad											100%			Porcentaje de adherencia al protocolo	N° de items que cumple del protocolo de cancer demama, colon y recto y cuello uterino sobre el total de items definidos por estadiaje clínico Y cumpliendo una muestra significativa de pacientes atendidos en la vigencia	Efectividad	Coordinador Grupo de Ginecología, Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica				
			Mejorar la calificación en la cultura en seguridad del paciente	Educar a pacientes y profesionales de la salud	3%	Aplicar la encuesta de cultura de seguridad del paciente al 70% los funcionarios y colaboradores del Instituto	100%	Gestor de Calidad de la Subdirección de Atención Médica Julian Burbano	Calidad										Encuesta	Informe resultados		Medición de la cultura de seguridad del paciente	(Numero de funcionarios encuenstados en cultura de seguridad del paciente/ Total de funcionarios y colaboradores del INC) x100%	Efectividad	Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica Julian Burbano				
			Lograr adherencia a la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente mínimo 70% del MSPS que le apliquen al INC.	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigitancia	5%	Medir la adherencia a los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente	100%	Referente del Programa de Seguridad del paciente Julian Burbano	Calidad							Medición y línea de base						Porcentaje de adherencia a los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente	N° de items que se cumplen de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente / Total de items de cada paquete x100	Efectividad	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
				Educar a pacientes y profesionales de la salud	5%	Socializar el programa de atención integral oncológica segura	100%	Referente del Programa de Seguridad del paciente Julian Burbano	Calidad											60% de los funcionarios		Porcentaje de funcionarios y colaboradores en el programa de atención integral oncológica segura capacitados	No. Funcionarcio capacitados en el programa/Total funcionarios y colaboradores INC x100	Eficacia	Referente del Programa de Seguridad del paciente				
			Mantener el índice de infección asociada al cuidado de la salud (IACS) al 8%	Educar a pacientes y profesionales de la salud	5%	Mejorar al 80% la adherencia a la estrategia de lavados de manos	50%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad				80%				80%				80%	Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos	No acciones realizadas/ Total de Oportunidades x100	Efectividad	Vigilancia de infecciones				
						Mantener el nivel de Intermedio en el lavado de manos a nivel distrital	50%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad						>=375						>=375	Instrumento: Marco de Autoevaluación de la Higiene de manos-OMS	Avance y mejora en el cumplimiento de los cinco componentes del marco de evalución y adherencia de los 27 indicadores de la estrategia multimodal Higiene de manos.	Efectividad	Vigilancia de infecciones				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Oportunidad en el inicio de tratamiento desde la consulta de primera vez en el Instituto máximo en 30 días	Oportunidad en la asignación de citas Disponibilidad de médico tratante Productividad	8%	Plan de optimización del servicio de gastroenterología	14%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Coordinador Grupo Gastro Oficina de Planeación	Proyectos especiales						1							Propuesta proyecto de de optimización del servicio de Gastroenterología	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de de optimización del servicio de Gastroenterología	Eficacia	Coordinador Grupo Gastroenterología Organización y métodos				
						Plan de optimización del servicio de medicina perioperatoria	14%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinador Grupo Salas de Cirugía Jorge Luqueta, Oficina de Planeación	Proyectos especiales						1							Propuesta proyecto de de optimización del servicio de medicina perioperatoria	Propuesta elaborada y presentada, proyecto de de optimización del servicio de medicina perioperatoria	Eficacia	Coordinador Grupo Salas de Cirugía Dr. Luqueta Organización y métodos				
						Extender el modelo de Unidades funcionales a Cabeza y Cuello, Pediatria(hematologia), urologia, hematologia, Dermatologia, Torax, Tumores Neuroendocrinos Sujeto a disponibilidad de recursos Modelo de unidad funcional 2015 (Seno, Gineco y Gastro)	14%	Subdirector Atención Médica y Docencia, Subdirector Administrativo y Financiera Oficina de Planeación Asesoría de Calidad	Proyectos especiales												100% (7unidades)	Porcentaje Unidades Funcionales consolidadas	Unidades funcionales consolidadas /Total Unidades programadas x100%	Eficacia	Coordinador grupo: Cabeza y Cuello, pediatria(hematologia), urologia, hematologia, Dermatologia, Torax, Tumores Neuroendocrinos. Gestora de Unidad Funcional :Defe Martha Orozco				
						Aumentar la productividad de la capacidad instalada en un 80% para las salas de cirugía	14%	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria	Productividad	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	Productividad Horas Quirófano Disponible	[Sumatoria total de Horas Quirófano Utilizadas][Total de Horas Quirófano Disponibles]	Eficacia	Coordinador Grupo Salas de Cirugía y Medicina Perioperatoria				
						Aumentar en 3 el número de especialistas para Radioterapia para disminuir la oportunidad de inicio de tratamiento de radioterapia a 45 días	14%	Coordinador grupo de Radioterapia Oficina de Planeación. Subdireción Adminsitrativa y Financiera	Productividad	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	<=45 Días	Oportunidad en el inicio de tratamiento Radioterapia	[Días transcurridos entre la focha de entrega del cuadro por física médica y la fecha e inicio del tratamiento][Total de tratamientos iniciados]	Eficacia	Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica Oficina de planeación-productividad				
						Aumentar el giro silla para quimioterapia a 2	14%	Coordinador Grupo Oncología Clínica Dr. Ricardo Bruges, Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7, Coordinador Grupo Área de Enfermería	Productividad				2	2	2	2	2	2	2	2	2	Productividad Hospital día (Giro Silla)	[Número de pacientes en Quimioterapia Hospital día][Disponibilidad de cupos para Quimioterapia]	Eficacia	Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7				
						Mejorar la opotunidad de continuidad del tratamiento paciente en tratamiento activo	14%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coordinador Grupo Oncología Clínica, Coordinador Grupo Area Quirúrgica, Coordinador Grupo de Radioterapia	Productividad									1			Informe paciente trazador	Informe auditoría paciente trazador	Eficacia	Coordinador Grupo Oncología Clínica, Coordinador Grupo Area Quirúrgica, Coordinador Grupo de Radioterapia				
				Revisión y mejorar las contrataciones de mantenimiento de equipos de Radioterapia	5%	Revisar cumplimiento de contratos vigentes de mantenimiento de equipos de Radioterapia	50%	Coordinador Grupo Area Oncología - Radioterápica Coordinador Grupo de Tecnología Biomédica	Optimización De Recursos				100%									Cumplimiento de lista de chequeo a contratos de mantenimiento	Lista de chequeo de cumplimiento de contratos de mantenimiento	Eficacia	Coordinador Grupo Area Oncología -Radioterápica Coordinador Grupo de Tecnología Biomédica				
						Elaborar el proyecto de mejora de la capacidad instalada en Radioterapia, para dotación de 2 equipos biomédicos	50%	Coordinador de Radioterapia Oficina de Planeación-proyectos	Proyectos especiales											2	Adquisición de equipos	Número de equipos biomédicos adquiridos para radioterapia	Eficacia	Oficina de Planeación-proyectos-capacidad instalada				
				Revisar modelos de contratación de recurso humano	10%	Implementar modelos de productividad en 12 servicios asistenciales	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector de Gestión Administrativa y Financiera Oficina de Planeación	Productividad												100%	Porcentaje unidades funcionales con modelo de productividad	[Número de unidades funcionales con modelos de productividad implementados][Número total de unidades funcionales]*100	Eficacia	Equipo de Productividad y Desempeño. Planeación-Subdirectr Adminsitrativo y Financiero				
				Optimizar tiempo de inicio de tratamiento de Yodoterapia	5%	Gestionar ante Ingeominas la aprobación de importación de yodo por parte del INC	50%	Coordinador Tumores Neuroendocrinos Coordinador Grupo de Radiofarmacia	Tareas Específicas				1 Carta de solicitud								Tramite ante ingeominas para la importación de yodo	Aprobación de Licencia de importación de Yodo por parte del INC	Eficacia	Coordinador Tumores Neuroendocrinos Coordinador Grupo de Radiofarmacia				
						Aumentar el número de registros INVIMA para 10 registros de Yodoterapias	50%	Coordinador Tumores Neuroendocrinos Coordinador Grupo de Radiofarmacia	Tareas Específicas											10	Registro INVIMA	Número de registros INVIMA para terapias de Yodo obtenidos en la vigencia	Eficacia	Coordinador Tumores Neuroendocrinos				

EJES	LINEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND	COMPROMISOS	POND	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeacion)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Analisis	% Avance obtenido	Analisis
				Implementación de sistema SAP-AREA de Radioterapia	5%	Gestión de proyecto interfaz de SAP-AREA de Radioterapia	100%	Coordinador Grupo Area Radioterapia. Coordinador Grupo Area Tecnología Informática	Proyectos especiales						1								Diagnóstico de la necesidad y requerimiento al grupo de sistemas	Documento y formato de requerimiento radicado	Eficacia	Dra Martha Cotes				
			Medición de la intensidad de dosis	Fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia	5%	Gestionar la Implementación de sistema de vigilancia de sobredosificación, a través del proyecto de Farmacología para administración de medicamentos.	100%	Coordinador Grupo Oncología Coordinador Grupo Servicio Farmacéutico Coordinador Grupo Área de Tecnología Informática	Proyectos especiales						1							1	Proyecto de Farmacología para administración de medicamentos.	Documento proyecto aprobado y requerimiento radicado	Eficacia	Coordinador Grupo Servicio Farmacéutico				
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Medir y evaluar las tasas de supervivencia para las patologías seleccionadas. Tasas de supervivencia global a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino.	Implementación de clasificacion pertinente y oportuna del estadio del diagnostico del paciente	5%	Mejorar el registro en la historia Clínica, Estadificación del diagnóstico,	50%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, Coodinadores de las Clínicas y Unidades Funcionales	Tareas Especificas				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Calidad del registro en historia clínica	No de historias clínicas correctamente diligenciadas / Total de historias revisadas * 100	Eficacia	Gestores de Calidad de la Subdirección de Atención Médica				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la trazabilidad de la atención del paciente	Modelo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente orientado a la trazabilidad del paciente	Acompañamiento constante a los pacientes por primera vez y control, que presentan alto grado de vulnerabilidad	5%	Evaluar el desempeño de las unidades funcionales existentes	100%	Gestores de calidad de la Subdirección de Atención Médica	Productividad				1			1			1			Evaluación desempeño unidades funcionales existentes	Evaluación desempeño unidades funcionales existentes	Eficacia	Coordiandor Unidades Funcionales de Seno y Tejidos Blandos, Gastroenterología, Ginecología				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionales	Calidad de vida para cáncer priorizado (mama, cuello uterino, estomago y próstata)	Evaluación de seguimiento a pacientes de 1, 3 y 5 años con cáncer de patologías más frecuentes.	5%	Medicion de calidad de vida en las unidades funcionales por Patología, de mama, gastro, urología y cirugía plastica 1. Centro de educación por primera vez 2. Unidad funcional y cirugía Plastica (Mitad de Tratamiento según criterio). 3. Grupo Soporte (En el momento de la remisión	100%	Coordinador Grupo Area Soporte Oncológico Coordinador Grupo cuidados paliativos	Calidad						1							Medición Calidad vida	Puntaje escala de calidad de vida	Efectividad	Coordinador Grupo Area Soporte Oncológico				
			Programa de cuidado paliativo	Programa de cuidado paliativo	5%	Continuar con el programa de extensión hospitalaria	50%	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Proyectos especiales													Porcentaje de ejecución del programa de Extensión Hospitalaria	Actividades realizadas / Total actividades planeadas x 100	Efectividad	Coordinador Grupo Area Soporte Oncológico				
						Implementar el proyecto de soporte oncológico (cuidado paliativo)	50%	Coordinador Grupo Cuidados Paliativos	Proyectos especiales									100%				Porcentaje de ejecución del proyecto de Soporte oncológico	Actividades realizadas / Total actividades planeadas en el proyecto de soporte oncológico x 100	Efectividad	Coordinador Grupo Area Soporte Oncológico				
Control del Cáncer	Cuidado Paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país		Desarrollar de guías y protocolos para el cuidado paliativo	5%	Diseñar una estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la direccion de enfermedades cronicas del ministerio, encargados de las guias de practica clinica para cuidado paliativo.	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinador Grupo Cuidado Paliativo	Tareas Especificas												1	Documento con estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la direccion de enfermedades cronicas del ministerio, encargados de las guias de practica clinica para cuidado paliativo.	Un documento con estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la direccion de enfermedades cronicas del ministerio, encargados de las guias de practica clinica para cuidado paliativo.	Eficacia	Coordinador Grupo Cuidado Paliativo				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	3%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso de Tratamiento y Soporte	Proceso Tratamiento y Soporte con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	2%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Tratamiento y Soporte	(Numero de indicadores de proceso Tratamiento y Soporte con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Subdirección Atención Médica y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	17%	Subdirector de Atención Médica y Docencia	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Tratamiento y Soporte	(Numero de indicadores POA, proceso Tratamiento y Soporte con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso Tratamiento y Soporte programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Subdirección Atención Médica y Técnico Operativo Oficina de Planeación				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso Tratamiento y Soporte	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso Tratamiento y Soporte) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso Tratamiento y Soporte + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso Tratamiento y Soporte) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones si aplica	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso Tratamiento y Soporte entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso Tratamiento y Soporte entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso Tratamiento y Soporte) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	17%	Coordinador Grupo Área Docencia y Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso Tratamiento y Soporte	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso Tratamiento y Soporte / Total de contratos asignados al proceso Tratamiento y Soporte para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
						Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Tareas Especificas											1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso Tratamiento y Soporte	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso Tratamiento y Soporte	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	2%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	100%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso Tratamiento y Soporte	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso Tratamiento y Soporte) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
				Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	2%	Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	100%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad											75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso Tratamiento y Soporte	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso Tratamiento y Soporte) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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 Apoyo Clínico	**VERSIÓN:**	1
OBJETIVO DEL PROCESO:		**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Martha Garcia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Disminuir el reingreso en un 10%	Revisar los modelos de contratación con aseguradores	5%	Crear 2 acuerdos contractuales para la autorización en el suministro de medicamentos con las EPS de mayor volumen	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Subdirector Administrativo, Coordinador Grupo Mercadeo,Coordiandor Grupo Servicios Farmacéuticos	Productividad								2					Acuerdos contractuales para la autorización en el suministro de medicamentos con las EPS de mayor volumen	Auerdos firmados	Eficacia	Coordinador Grupo Servicios Farmacéuticos				
				Fortalecer y mejorar el seguimiento del paciente	5%	Aumentar la cobertura del plan de educación al paciente su familia en el momento del egreso hospitalario	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordiandor Grupo Hospitalización	Productividad				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cobertura plan de egreso hospitalrario	pacientes con plan de egreso /Total egresos x 100	Eficacia	Enfermera Plan de egreso del paciente				
			Oportunidad en el inicio del tratamiento	Aumentar la campaña de sensibilización para la donación de hemocomponentes a los empleados del INC	5%	Generar campaña para aumentar un 5% la donación de sangre (registros de capacitación)	100%	Grupo Banco de Sangre	Calidad				1			1			1		Porcentaje de incremento donación de sangre		Eficacia	Coordinador Grupo Banco de Sangre				
				Evaluar factores que prolongan estancia hospitalaria	10%	Mejorar la oportunidad en egreso del paciente con estancia prolongada	50%		Calidad				Oportunidaeg reso			Oportunidaeg reso			Oportunidaeg reso			Oportunidad egreso del paciente	Oportunidad egreso del paciente	**Efectividad**	Coordinador Gestión Hospitalaria				
						Mejorar la interacción entre el INC y los familiares del paciente con estancia prolongada con el fin de optimizar la comunicación, las condiciones y el tiempo del egreso	50%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Calidad				1			1			1			Porcentaje de gestión de pacientes con estancia prolongadas	Pacientes con gestión por estancia prolongada / Total pacientes con estancia prolongada	Eficiencia	Grupo Gestión Hospitalaria Grupo GAICA				
				Fortalecer el programa de hemovigilancia	5%	Implementar y hacer seguimiento al programa de hemovigilancia y auditoria transfusional	100%	Grupo Banco de Sangre	Calidad				1			1			1			Informe de seguimiento del Programa de hemovigilancia y auditoria transfusional	Informe de seguimiento	Eficacia	Coordinador Grupo Banco de Sangre				
				Disponibilidad de médico tratante	5%	Disminuir en 30 minutos el tiempo de espera para las consulta	100%	Corodinador Grupo Consulta Externa	Productividad												< = 30 min	Tiempo de espera para la consulta	Tiempo de espera para la consulta	Eficacia	Coordinador enfermería consulta externa				
				Oportunidad en la asignación de citras	5%	Actualizar y hacer seguimiento del sistema de Referencia y Contrareferencia del INC	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria	Productividad						1							Sistema de Referencia y Contrareferencia	Sistema de Referencia y Contrareferencia actualizado	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria				
																100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia	Pacientes referenciados /Total pacientes INC	Eficiencia	Coordinador Grupo Gestión Hospitalaria				
			Medición de la intensidad de dosis	Disponibilidad de médico tratante para sistema de vigilancia sobredosificación	10%	Gestionar la implementación de sistema de vigilancia de sobredosificación, a través del proyecto de Farmacología para administración de medicamentos.	100%	Coordinador Grupo Oncología Coordinador Grupo Servicio Farmacéutico. Coordinador Grupo Área de Tecnología Informática	Proyectos especiales						1						1	Proyecto de Farmacología para administración de medicamentos.	Documento proyecto aprobado y requerimiento radicado	Eficacia	Coordinador Grupo Servicio Farmacéutico.				
			Oportunidad en la intesidad para cánceres priorizados, mama, cuello uterino, estómago, prostata, linfoma cutáneo, leucemia pediátrica, tumores neuroendocrinos	Disponibilidad de médico tratante para cáncneres priorizados	10%	Implentar y hacer seguimiento del proyecto de Quimioterapia 24/7 para aumentar el giro cama	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Grupo Quimioterapia 24/7	Productividad						1							Proyecto Quimioterapia 24/7	Proyecto Quimioterapia 24/7 implementado	Eficiencia					
																	1	1	1	1	1	Giro silla para pacientes que requieren quimioterapias Quimioterapia 24/7		Eficiencia					
				Realizar cruce de base de inventarios	5%	Realizar el cruce de inventarios en las base de datos (instituto vs instacount) en un 60%	100%	Nubia Prada	Calidad			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Inventarios en las base de datos (instituto vs instacount)	Inventarios en las base de datos (instituto vs instacount) realizado	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización				
		Mejorar la trazabilidad en la atención del paciente	Modelo de unidades funcionales y programa de navegación del paciente	Mejorar la oportunidad en la atención	5%	Elaborar y hacer seguimiento al plan de atención al ciudadano	100%	Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Atención al Usuario	Productividad						1							Plan de Atención al Ciudadano	Plan elaborado y presentado	Eficiencia	Coordinador Grupo Atención al Usuario				
								Coordinador Grupo Área Gestión Apoyo Clínico Coordinador Atención al Usuario	Productividad							1	1	1	1	1	1	% de implementación del plan de Atención al Ciudadano	Actividades cumplidas / Actividades del Plan de Atención al Ciudadano	Eficiencia	Coordinador Grupo Atención al Usuario				
	Atención de pacientes	Mejorar la satisfacción de los pacientes	Mejorar la satisfacción del usuario	Disminuir el número remisiones de devolución por mes	5%	Disminuir a 5 remisiones de devolución por mes	100%	Coordinador Grupo Esterilización Unidad Funcional Ortopedia y Unidad Cirugía Reconstructiva	Calidad													Porcentaje de dismución por devolución de remisiones	Total devolución de remisiones	Eficacia	Coordinador Grupo Esterilización				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Atención de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos	Medir y evaluar las tasas de supervivencia	Mejorar la oportunidad de tratamiento	5%	Homologar el 70 % de los medicamentos NO POS que se manejan en el INC	100%	Carolina Aristizabal	Calidad												1	Inventario de medicamentos No POS	Inventario de medicamentos No POS homologado	Eficacia	Coordinador Servicios Farmacéuticos				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	5%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Gestión de Apoyo Clínico y Coordinadores de Grupo	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso de Tratamiento y Soporte	Proceso Gestión de Apoyo Clínico con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	5%	Registrar la información de indicadores de proceso en el período establecido	17%	Coordinador Grupo Gestión de Apoyo Clínico y Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Tratamiento y Soporte	(Numero de indicadores de proceso Gestión de Apoyo Clínico con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso programados para registrar en el período) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Salud Pública y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el período establecido	17%	Coordinador Grupo Gestión de Apoyo Clínico y Gestor de Calidad	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Tratamiento y Soporte	(Numero de indicadores POA, proceso Gestión de Apoyo Clínico con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso programados para registrar en el período) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Salud Pública y Técnico Operativo Oficina de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	17%	Coordinador Grupo Gestión de Apoyo Clínico y Gestor de Calidad	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso Tratamiento y Soporte	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso Gestión de Apoyo Clínico) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones si aplica	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso Tratamiento y Soporte entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso Gestión de Apoyo Clínico entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	17%	Coordinador Grupo Área Docencia y Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso Tratamiento y Soporte	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso Gestión de Apoyo Clínico / Total de contratos asignados al proceso Gestión de Apoyo Clínico para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
						Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	17%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso Tratamiento y Soporte	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso Gestión de Apoyo Clínico	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	5%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	100%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso Tratamiento y Soporte	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Gestión del Apoyo Clínico / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
				Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	5%	Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	100%	Coordinador Grupo Unidades Médicas, Funcionales y Oncología Radioterápica y Coordinador de cada grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso Tratamiento y Soporte	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Gestión de Apoyo Clínico / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia

MARTHA GARCIA
Coordinador Grupo Area Gestión de Apoyo Clínico

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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 y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer; de manera individual o en convenio con Instituciones de Educación Superior; y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas.	**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Docencia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de los procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicacion en revistas por dedicación a la labor de investigador, minimo en (dos) 2 por tiempo completo a la investigacón.	Fortalecer las competencias en investigación en todas las áreas del instituto	5%	Realizar dos cursos de extensión y redacción de articulos cientificos	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Productividad					1				1				Cursos de Extensión redacción de articulos cientificos	Numero de cursos de extensión redacción de articulos cientificos redactados	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
				Mejorar la integración de la investigación en la formulación del recurso humano	5%	Realizar un curso de competencia "Seminario de Docencia Universitaria" incluir minimo (1) Un investigador	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Productividad						1							Curso competencia docente	Certificado de asisitencia de un investigador	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
	Docencia	Incrementar la oferta docente institucional	Número de programas nuevos con registro calificado mínimo en 10 (cabeza y cuello, dermatología oncológica, patología oncológica, oncología ocular, maestría en epidemiología, maestría en enfermería oncológica, doctorado en oncología, neurocirugía oncológica, imaginología oncológica, medicina nuclear, hematología)	Apertura de Programas nuevos en las áreas de subespecialidad oncologica: en alianzas con Instituciones de Educaciones Superior	20%	Alistar la documentación y soportes para la renovación de los registros calificados de 10 programas de especialidades oncológicas con la UMNG	40%	Coordinador Grupo Area Docencia y coordinadores de Unidades funcioanles y grupos	Tareas Especificas												100%	Cumplimiento de los documentos y soportes para la renovación de los registros calificados de 10 programas de especialidades oncológicas con la UMNG	Cumpliminto de la lisita de chequeo de los documentos y soportes para la renovación de los registros calificados de 10 programas de especialidades oncológicas con la UMNG	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Radicar ante el Minstierio el documento de la Maestría en Enfermería Oncologica	15%	Coordinador Grupo Area Docencia Coordinador Grupo Area de Enfermeria	Productividad												1	Documento Programa nuevo con registro calificado enfermería oncológica	Documento de programa nuevo con registro calificado	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Obtener Registro Calificado para el Posgrado en Patología Oncologica.	15%	Coordinador Grupo Area Docencia Coordinador Grupo Patología	Productividad												1	Programa nuevo con registro calificado patología oncológica	Programa nuevo con registro calificado para Posgrado en Patología Oncologica.	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Obtener Registro Calificado para el Posgrado en Cabeza y Cuello	15%	Coordinador Grupo Area Docencia Coordinador U.F Cabeza y Cuello	Productividad		1											Programa nuevo con registro calificado cabeza y cuello	Programa nuevo con registro calificado para Posgrado en Cabeza y Cuello.	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Definir Viabilidad para los programas de Maestría en Epidemiología	15%	Coordinador Grupo Area Docencia Subdirector de Investigaciones	Productividad									1				Programas de Maestría en Epidemiología	Programas de Maestría en Epidemiología viabilizados	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
			Número de estudiantes por año mínimo 42. (Linea de Base 11 Programas y 42 estudiantes en total)	Mejorar la relación Docente Servicio en los Convenios con Instituciones de Educación Superior	22%	Mantener 42 estudiantes de programas institucionales por año	18%	Coordinador Grupo Area Docencia	Optimización De Recursos											42	Numero de estudiantes del INC	Número estudiantes de programas institucionales	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Aplicar la encuesta de evaluación de cumplimiento al 50% de las Institución Educación Superior	18%	Coordinador Grupo Area Docencia	Tareas Especificas					25%						50%	Encuesta de evaluación de cumplimiento a IES	Numero de IES encuestadas/Total IES x 100	Eficacia	Profesional EArea Docencia				
			Número de estudiantes en rotación mínimo en 1000.			Aplicar la encuesta de satisfacción de evaluación a estudiantes en practicas formativas y obtener un 90%	18%	Coordinador Grupo Area Docencia	Calidad			90%		90%			90%		90%		Satisfacción de las practica formativas	Número de estudiantes con calificación 3 y 4 / (Total de encuestas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
						Satisfacción en la disponibilidad y uso de espacios academicos al 90%	10%	Coordinador Grupo Area Docencia Coordinador grupo Biblioteca	Calidad			90%		90%			90%		90%		Satisfacción uso de recursos academicos	Número de estudiantes con calificación 3 y 4 / (Total de encuestas) *100	Eficacia	Coordinador Grupo Biblioteca				
						Elaborar y presentar proyecto de modernización de la biblioteca institucional	18%	Coordinador Grupo Area Docencia Coordinador grupo Biblioteca	Calidad									1			Proyecto de modernización de la biblioteca institucional	Proyecto de modernización de la biblioteca institucional presentado y viabilizado	Eficacia	Coordinador Grupo Biblioteca				
						Cumplir con minimo 1500 estudiantes en rotación por año	18%	Coordinador Grupo Area Docencia	Optimización De Recursos											1500	FYP-IND-02 - Número de estudiantes en rotación en el INC	Total estudiantes convenios. Docencia - Servicio)	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de los procesos misionales	Docencia	Incrementar la oferta docente institucional	Evaluar la capacidad instalada oferta docente (camas hospitalarias)	Revisar la capacidad de oferta docente actual	4%	Realizar el estudio de capacidad instalada docente	100%	Coordinador Grupo Area Docencia Jefe Oficina de Planeación	Optimización De Recursos				1									Estudio de Capacidad instalada docente	Estudio de capacidad instalada docente presentado	Eficacia	Jefe Oficina de Planación. Cargas laborales				
				Revaluar la capacidad instalada oferta docente (cupos ofertadas por especialidad)	4%	Evaluar el 25% de especialidades ofertadas	100%	Coordinador Grupo Area Docencia líderes de grupo	Optimización De Recursos												25%		Porcentaje de evaluación de especialidades ofertadas	Especialidades ofertadas evaluadas /Total especialidades x100	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
		Incrementar la oferta de educación no formal	Número de cursos ofertados mínimo en 25 anual	Fortalecer los programas de educación virtual	3%	Definir el proyecto que incluya la plataforma de educación virtual, sujeto a disponibilidad de recursos	100%	Coordinador Grupo Area Docencia Talento Humano	Proyectos especiales												1	Proyecto de plataforma virtual 2016	Solicitar presupuesto para proyecto de plataforma virtual 2016	Eficacia	Profesional Especializado Grupo Area de Docencia				
				Fortalecer programa de educacion por extencion	4%	Realizar 25 cursos al año	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Productividad												25	Educación por extensión	Numero de cursos de educación por extensión realizados	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
			Número de estudiantes inscritos en cursos ofertados mínimo en 20 por curso	Mejorar la cobertura de la educacion continuada	4%	Realizar el plan de educación continuada y seguimiento al plan	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Productividad			1										Plan de educación continuada	Plan de educación continuada elaborado	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
												95%			95%			95%			95%	IND - 30 cumplimiento en la programación de educación continuada	Número de personas con capacitación certificada) / (Número de personas programadas)	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
				Focalizar temas de acuerdo con la población objeto	4%	Lograr que el 60% de los cursos cumplan con la cobertura minima de 20 estudiantes	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Optimización De Recursos												60%	Porcentaje de cobertura de Cursos	Curso de mas de 20 estudiantes / Total de cursos realizados	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
			Número de pasantes internacionales mínimo en 12	Segmentar la población objetivo mojorar la divulgación de los programas academicos en la región	4%	Cumplir con mínimo 12 pasantes por año (ultimo trimesre)	100%	Coordinador Grupo Area Docencia	Optimización De Recursos												12	Pasantes internacionales	Pasantes interancionales 2016	Eficacia	Coordinador Grupo Area Docencia				
				Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	2%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Área Docencia/ Asesor de Calidad	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso de Docencia	Proceso DOC con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	15%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	14%	Coordinador Grupo Área Docencia	Calidad				100%					100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso Docencia	(Numero de indicadores de proceso Docencia con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso Docencia programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Docencia y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
				Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	14%	Coordinador Grupo Área Docencia y Biblioteca		Calidad				100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso Docencia	(Numero de indicadores POA, proceso Docencia con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso Docencia programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Docencia y coordinador Grupo Biblioteca				
				Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	18%	Coordinador Grupo Área Docencia		Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso Docencia	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso DOC) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso Docencia + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso Docencia) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones si aplica	18%	Coordinador Grupo Área Docencia y Profesionales Especializados de Proyectos		Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso Docencia entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso DOC entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso Docencia) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
				Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	18%	Coordinador Grupo Área Docencia y Profesionales Especializados de Proyectos		Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoria), proceso Docencia	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso Docencia / Total de contratos asignados al proceso DOC para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
				Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	18%	Coordinador Grupo Área Docencia		Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso Docencia	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso Docencia	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	2%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Calidad											85%		Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso Docencia	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Docencia / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso Docencia) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
				Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	2%	Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Calidad											75%		Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso Docencia	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso Docencia / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso Docencia) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

JESUS ANTONIO ACOSTA
Subdirección General de Atención Médica y Docencia

SURELLA ACOSTA
Coordinador Grupo Área Docencia

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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 o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las áreas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia.	**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Martha Lucia Serrano López		

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción cientifica institucional	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.	Fortalecer las competencias en investigación en todas las áreas del instituto	3%	Desarrollar Dos (2) Cursos de escritura de artículos científicos	100%	Coordinador Grupo Área Docencia	Tareas Especificas					1				1				Cursos Efectuados	Número de Cursos Efectuados	Eficacia	Pfrofesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Crear un programa de incentivos a la innovación y la investigación	6%	Metodología para medir producción científica en terminos de articulos	10%	Subdirector de Investigaciones Coordinador Grupo Área Investigación Clínica	Tareas Especificas		1	1										Documento aprobado	Documento aprobado	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Propuesta de modelo de productividad y desempeño para la Subdireccion de Investigaciones	90%	Subdirector Administrativo y Financiero / Subdirector de Investigaciones / Jefe Of. Planeación	Productividad								1					Documento aprobado	Documento aprobado	Eficacia	Equipo de Productividad y Desempeño Of. Planeación / Subdirector Adminsitrativo y Financiero / Profesional Especializado				
				Mejorar la integración de la investigación a la formación de recurso humano	5%	Formación de estudiantes de pregrado en investigación	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad												0,6	Estudiantes que desarrollaron trabajos de pregrado en el INC y se graduaron en sus respectivas universidades.	Número de estudiantes de pregrado graduados/ INV-POA-05 Número de proyectos de investigación con estudiantes que planean graduarse en la vigencia	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Formación de estudiantes de posgrado en investigación	70%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad												0,8	Estudiantes que desarrollaron trabajos de postgrado en el INC y se graduaron en sus respectivas universidades.	Número de estudiantes de postgrado graduados / Número de proyectos de investigación con estudiantes de posgrado que planean graduarse en la vigencia	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
				Revisar los modelos de Contratación de RH para investigación	4%	Diseño de un modelo de contratacion de fellows en Investigación	40%	Coordinador Grupo Área Docencia, Subdirector de Investigaciones , Coordindor Grupo Área Investigaciones	Tareas Especificas					50%				100%				Documento del modelo de contratacion de fellows en Investigación	Documento aprobado	Eficiencia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Diseño de un modelo de contratacion de PosDoc Investigación	40%	Coordinador Grupo Investigación en Biología del Cáncer	Tareas Especificas					50%						100%		Documento aprobado	Documento aprobado	Eficiencia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Incrementar el número de doctores (PhD) en el INC	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad												1	POA-INV-05 Número de doctorados nuevos en la planta	Profesional con Doctorado	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.	Mejorar Nivel de Ingles entre los Investigadores del INC	5%	Medir Nivel de Ingles entre los Investigadores INC	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones Coordinador Grupo Area de Talento Humano	Tareas Especificas					1								Informe de Medición y clasificacion de nivel de ingles	Informe con Resultados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Desarrollo de cursos de formación en ingles según nivel	80%	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano Subdirector de Investigaciones Coordinador Grupo de Investigaciones	Tareas Especificas												5	Número de investigadores de planta en formación de ingles	Número de investigadores de planta en formación	Eficiencia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Hacer inventario de bases de datos disponibles en instituto, facilitando investigaciones usando datos existentes	4%	Diseño e Implementación del sistema de información para consulta Inventario de bases de datos disponibles en Instituto	100%	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos	Tareas Especificas			50%						100%				Sistema de información Implementado	Sistema de información Implementado	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones por tiempo completo (2 articulos cientificos por tiempo completo de investigador).	8%	Contar con un promedio de 2 artículos científicos sometidos por tiempo completo de investigador	40%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad												>=2	Articulos cientificos sometidos	Número de artículos científicos sometidos /Número de Investigadores Subdirección Investigaciones	Eficacia	Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Obtención de un puntaje mínimo en publicaciones científicas aprobadas de acuerdo a la metodología definida	40%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad												>=18	Puntaje mínimo alcanzado por dedicación investigador	Puntaje alcanzado por dedicación investigador /Número de Investigadores Subdirección Investigaciones	Eficacia	Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar la producción científica institucional	Publicaciones en revistas por dedicación a la labor de investigador mínimo en dos (2) por tiempo completo a la investigación.	Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones por tiempo completo (2 articulos científicos por tiempo completo de investigador).		Realizar mínimo 40 presentaciones científicas	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Productividad												40	Ponencias Eventos científicos	Sumatoria de ponencias en eventos científicos	Eficacia	Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				
						Elaboracion de plan de cumplimiento de requisitos faltantes Se cumple con los criterios resaltados en color verde																					Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				
		Incrementar el factor de impacto de las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas	Suscripcion del INC al International Scientific Index	Indexacion de la revista del INC al International Scientific Index	9%	1. Timeliness: 2. International editorial conventions: 3. English language: 4. Peer review: 5. Editorial content: 6. International diversity: 7. Regional specificity: 8. Citation analysis: 9. Electronic journals:	60%	Director General General / Milena Galvis - Comité Editorial	Calidad			1												Plan de acción de cumplimiento aprobado	Plan de acción de cumplimiento aprobado	Eficacia						
						Presentación de la Revista Colombiana de Cancerologia al International Scientific Index (Linea de Base 67% año 2015, se requiere un incremento del 13% para 2016)	35%	Director General General / Milena Galvis - Comité Editorial	Calidad											al 80%		POA-INV-12 Porcentaje de progreso en el cumplimiento de requisitos de ISI	INV-POA-14 Número de requisitos cumplidos/INV-POA-15 Requisitos totales*100	Eficacia	Milena Galvis - Comité Editorial				
						Renovacion 2016 de la Suscripción del INC a las Bases Web of Science International Scientific Index	5%	Subdirector de Investigaciones	Calidad												1	Suscripcion Cancelada	Suscripcion Cancelada de ISI	Eficacia	Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				
			Medir el Factor de impacto en el ISI	Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones en ISI por tiempo completo.	8%	Someter mínimo un (1) articulo científico en revistas indexadas en ISI por investigadores tiempo completo	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad												1	Someter articulos científicos (#) en revistas indexadas en ISI	Promedio número de articulos científicos sometidos en revistas indexadas en ISI (Acumulado) / Total numero de investigadores tiempo completo en Subdirección Investigaciones	Eficacia	Oscar Gamboa - Grupo Área Análisis de Datos				
						Publicar mínimo tres (3) articulos científicos en revistas indexadas en ISI	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad												0,7	Articulos científicos publicados en revistas indexadas en ISI	Sumatoria Número de articulos científicos publicados en revistas indexadas en ISI en la subdirección de investigaciones (Acumulado) / Total numero de investigadores tiempo completo en Subdirección Investigaciones	Eficacia	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Incrementar el factor de impacto de las publicaciones científicas institucionales en revistas indexadas	Medir el Factor de impacto en el ISI	Concertar en acuerdos de gestión del investigador, el cumplimiento de publicaciones en ISI por tiempo completo.		Factor de Impacto en ISI	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad												0,8	Factor promedio de Impacto ISI	Promedio de resultados FI en ISI /Total de articulos publicados en la Subdirección de Investigaciones	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Factor de impacto >2 en google scholar	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Calidad												>2,00	Factor de impacto	(Número de citaciones efectuadas en el año evaluado, de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación * 1 / Total de publicaciones realizadas en los dos años anteriores a la evaluación)	Eficacia	Ingeniero de Sistemas - Grupo Área Análisis de Datos / Profesional Especializado - Subdirección de Investigaciones				
						Formular y viabilizar tres (3) proyectos nuevos colaborativos en red nacionales	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Proyectos especiales												3	Proyectos nuevos en colaboración	Número de proyectos aprobados nuevos en colaboración	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
		Incrementar la cooperación intra- y extramural en el desarrollo de la investigación	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones mínimo en 50%	Participar en redes de investigación nacionales e internacionales	9%	Participar en mínimo dos (2) Nuevos Proyectos con redes internacionales de investigación	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones , Coordinador Grupo Área Investigación Clínica	Proyectos especiales												2	Proyectos nuevos en colaboración internacional	Número de proyectos aprobados nuevos en colaboración internacional	Eficacia	Coordinador Grupo Área Investigaciones				
						Desarrollar Jornadas Nacionales de Investigación	60%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Proyectos especiales										1			Reuniones de discusión y divulgación de la investigación institucional	Numero de reuniones realizadas	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Promover espacios de discusión y divulgación de la investigación institucional	4%	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones mínimo en 50%	100%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Proyectos especiales												50%	Proporción de proyectos con participación de dos o más instituciones	Número de proyectos aprobados con participación de más de una institución / GSI-27EN Total de proyectos aprobados	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
				Generación de conocimiento a través de cooperación interinstitucional	5%	Contar con un plan de publicaciones científicas para la subdirección de investigaciones	100%	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones	Productividad		1											Plan de Publicaciones año 2016 aprobado por la Subdirección INV	Plan de Publicaciones aprobado y socializado en la Subdirección de investigaciones	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
		Mejorar la oportunidad de las publicaciones científicas institucionales relacionados con proyectos	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución del proyecto	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución el proyecto	6%	Alcanzar como mínimo 60% de proyectos con primera publicación científica sometida antes del año respeto a finalización de ejecución	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad												60%	Oportunidad de publicaciones científicas de los proyectos de investigación	Número de proyectos con primera publicación sometida en el primer año de finalizada la ejecución /Número total de proyectos con ejecución finalizada	Efectividad	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
						Medir y categorizar según tipo de estudio las Lineas de Base de la oportunidad en el Analisis de datos en la unidad de analisis	25%	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos	Productividad					1								Linea de base de oportunidad en análisis de datos por la unidad de análisis	Reporte con la obtención línea base de oportunidad en análisis de datos por la unidad de análisis	Eficiencia	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Investigación	Mejorar la oportunidad de las publicaciones cientificas institucionales relacionados con proyectos	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución del proyecto	Publicaciones relacionadas a proyectos máximo 1 año después de haber finalizado la ejecución el proyecto		Establecer estrategias administrativas mas eficientes para la gestión de proyectos	25%	Equipo de Proyectos: Jefe Oficina de Planeación Profesionales Especializados, Profesional Universitario, Técnico Administrativo	Tareas Especificas						1							Documento aprobado	Documento aprobado	Eficiencia	Equipo de Proyectos: Jefe Oficina de Planeación Profesionales Especializados, Profesional Universitario, Técnico Administrativo				
			Lograr el cumplimento del cronograma del proyecto en al menos el 70% de los proyectos	Mejorar el cumplimento del cronograma del proyecto en al menos el 70% de los proyectos	6%	Diseño de metodologia eficiente para la Planeación de Cronogramas de proyectos nuevos	50%	Equipo de Proyectos: Jefe Oficina de Planeación Profesionales Especializados, Profesional Universitario, Técnico Administrativo	Productividad		1									Documento aprobado	Documento aprobado	Eficacia	Equipo de Proyectos: Jefe Oficina de Planeación Profesionales Especializados, Profesional Universitario, Técnico Administrativo				
						Mejorar cumplimiento del cierre de proyectos de investigación	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones	Productividad											50%	Porcentaje de estudios de investigación cerrados	{Número de proyectos cerrados}/{Total de proyectos pendientes por cierre en el período}	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Desarrollar un plan de responsabilidad social	Desarrollar un plan de responsabilidad social	Hacer un plan de responsabilidad social en investigación	3%	Identificar acciones de responsabilidad social en investigación en INC: describir cuáles ya se hacen, cuáles están por hacer	100%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Socia / Profesional Especializado Subdirección de	Tareas Específicas						100%							Documento	Documento	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección de Investigaciones				
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	3%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso INV	Proceso INV con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Adminsitativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	5%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Profesional Especializado Subdirección Investigaciones	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso INV	(Numero de indicadores de proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección Investigaciones y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso INV	(Numero de indicadores POA, proceso INV con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso INV programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección Investigaciones y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso INV	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso INV) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso INV + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Adminsitativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR		EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente fisico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Tareas Especificas	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 Items definidos para el proceso INV) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoria), proceso INV	(Número de contratos con inforrme de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso INV / Total de contratos asignados al proceso INV para supervisión y/o interventoria)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	3%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	100%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Tareas Especificas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los inventarios del proceso INV	Un reporte de actualización de los inventarios del proceso INV	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) minimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	4%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (linea base 80%)	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso INV	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso INV / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Adminsitativo Oficina de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Coordinador Grupo Área Investigaciones y coordinadores de grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso INV	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso INV / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso INV) * 100	Eficacia	Técnico Adminsitativo Oficina de Calidad				

Esther de Vries

Subdirectora General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica y Prevención

Martha Lucía Serrano L.

Martha Lucía Serrano López

Coordinador Grupo Área de Investigaciones

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Prevención	Contribuir a la reducción del consumo de tabaco en el país	Prevalencia del consumo de cigarrillo en adultos colombianos entre 18 y 69 años de edad por debajo del 11%.	Participar en la actualización de política publica (prevalencia consumo de cigarrillo)	3%	Realizar dos Policy Brief en medio electrónico de la importancia de advertencias sanitarias y aumento en el impuesto al cigarrillo	40%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Productividad						1 advertencias					1 impuestos		Policy Brief de advertencias sanitarias y aumento en el impuesto al cigarrillo	Número de Policy Brief de advertencias sanitarias y aumento en el impuesto al cigarrillo elaborados	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
						Diseñar estrategia de incidencia política para la reducción del consumo de tabaco	60%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas				1									Documento técnico con la estrategia de incidencia política para la reducción del consumo de tabaco del grupo área de salud pública	Un documento técnico con la estrategia de incidencia política para la reducción del consumo de tabaco del grupo área de salud pública	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
				Desarrollar y divulgar guías de practica clínica para la cesación de tabaquismo	2%	Elaborar la compilación en medio electrónico de los artículos sobre cesación tabáquica para profesionales de la salud en el país	100%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas						1								Compilación de artículos sobre cesación tabáquica para profesionales de la salud en el país	Una publicación en medio electrónico de la compilación de los artículos sobre cesación tabáquica para profesionales de la salud en el país	Tarea especifica	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
						Desarrollar estrategias de comunicación en medios electrónicos (redes sociales, aplicaciones) orientadas a reducir el consumo de tabaco en adultos (2015-2019) En el marco de la estrategia NO FUMAR ES LA ACTITUD	30%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas				1				1				1	Campañas y estrategias de comunicación en medios electrónicos	Un informe de las actividades realizadas durante 2015 con soporte	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
		Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales	Contribuir a la implementación de estrategias para la educación	Monitoreo y vigilancia del cumplimiento de las políticas para el control del tabaco establecidas en el CMCT y la Ley 1335 de 2009 con énfasis en los componentes	3%	Producir componentes de comunicación (Boletines electrónicos y hojas informativas) orientadas a reducir el consumo de tabaco (2015-2019)	40%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas												1	Boletín electrónico orientado a reducir el consumo de tabaco (2015-2019)	Número de boletines electrónicos orientados a reducir el consumo de tabaco (2015-2019)	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
															1					1	Hojas informativas electrónicas orientado a reducir el consumo de tabaco (2015-2019)	Número de hojas informativas electrónicas orientados a reducir el consumo de tabaco (2015-2019)	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
						Elaborar documento con el análisis de los resultados de la encuesta sobre e cumplimiento de la Ley 1335 de 09 por Yaanhas en el año 2015 contratada por corporate accountabilty	30%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas									1				Resultados de la encuesta sobre e cumplimiento de la Ley 1335 de 09 por Yaanhas en el año 2015	Un artículo original sometido con el análisis de los resultados de la encuesta sobre e cumplimiento de la Ley 1335 de 09 por Yaanhas en el año 2015	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
		Contribuir a la reducción de la exposición a cancerígenos ocupacionales	Medir la prevalencia de exposición para los 5 cancerígenos priorizados en el Plan Decenal de Cáncer en el sector formal (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante)	Elaborar una propuesta de investigación para el sector formal e informal en el uso de carcinogénicos	2%	Elaborar y ejecutar proyecto de investigación para el sector trabajador formal e informal en el uso de carcinogénicos (asbesto, sílice, benceno) en 40 talleres	70%	Subdirector de Investigaciones	Tareas Especificas						% avance						% avance	Porcentaje de avance del proyecto de investigación	Numero de actividades ejecutadas/ Total de actividades del proyecto	Eficacia	Subdirector de Investigaciones				
						Participar en el proceso de ratificación del convenio de la Organización Internacional del Trabajo en exposición de cancerígenos ocupacionales	30%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas						Diseño					Difusión		Policy Brief del estado del arte del marco normativo de los cancerígenos ocupacionales en el país.	Policy Brief del estado del arte del marco normativo de los cancerígenos ocupacionales en el país	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Detección temprana	Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto	Rango de positividad de las pruebas de tamización de VPH entre 9-12%	Medición de las coberturas de tamización Desarrollo de guías de control de calidad Divulgación e implementación de guías de practica clínica Medición de las coberturas de tamización	3%	Elaborar el soporte técnico (nota técnica) incidencia en la inclusión de la circular única de la SuperSalud frente a rangos de positividad pruebas de tamización de VPH, VIA-VILI, citología, sangre oculta en heces, mamografía	50%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Productividad				1										Nota técnica pruebas de tamización de VPH	Una nota técnica elaborada pruebas de tamización de VPH	Eficacia	Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Rango de positividad de las pruebas de tamización de Citología 2-5%																											
			Rango de positividad de las pruebas de tamización de Inspección visual (VIA-VILI) 9-12%																											
			Medir positividad de Mamografía			Elaborar nota técnica de la actualización de la resolución 412 de 2000 (Programa de PYP)	50%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Productividad										1			Nota técnica actualización de la resolución 412 de 2000 (Programa de PYP)	Una nota técnica elaborada actualización de la resolución 412 de 2000 (Programa de PYP)	Eficacia	Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Medir positividad de Sangre oculta en heces																											
			Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Citología mínimo en 70% por INS	Medición de seguimiento a resutados positivos (reprodubilidad de citología)	2%	Establecer contacto con el Instituto Nacional de Salud para el porcentaje de reprodubilidad de citología	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad						1					1	Contacto con INS para el porcentaje de reprodubilidad de citología	Acta de reuniones	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
			Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Inspección visual (VIA-VILI) mínimo en 80%	Medición de seguimiento a resultados positivos (VIA-VILI)	2%	Formular un proyecto de investigación para análisis de Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Inspección visual (VIA-VILI)	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad							1					Proyecto de investigación para análisis de Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Inspección visual (VIA-VILI)	Un proyecto de investigación aprobado para análisis de Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Inspección visual (VIA-VILI)	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
			Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Mamografía mínimo en 65%	Evaluación de tecnologías para la tamización de cáncer	2%	Elaborar un artículo sobre los resultados de Reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Mamografía	70%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad									1			Artículo de reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Mamografía	Un artículo publicado de reproducibilidad de las pruebas de tamización en control de calidad externo (concordancia): Mamografía	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
						Realizar mesa de trabajo sobre control de calidad en pruebas de tamización en cáncer	30%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Productividad			1									Mesa de trabajo sobre control de calidad en pruebas de tamización en cáncer	Acta de reuniones sobre mesa de trabajo sobre control de calidad en pruebas de tamización en cáncer	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Detección temprana	Contribuir al incremento de las coberturas de la tamización en cáncer en el país (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y recto	Proporción de laboratorios de tamización cubiertos con programas de control de calidad mínimo en 90%.	Medición de coberturas de tamización	2%	Participar en el análisis de la encuesta de demografía en salud	100%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad								1					Documento técnico con el análisis de información de la encuesta de demografía en salud para cuello uterino, mama y colon y recto	Un documento técnico elaborado con el análisis de información de la encuesta de demografía en salud para cuello uterino, mama y colon y recto	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
			Cobertura de la tamización en población objeto - Cuello uterino mínimo en 85% en los últimos tres años - Mama mínimo en 70% - Colon y recto mínimo en 30%	Participación en la educación a la comunidad y personal de salud	2%	Realización de cursos de educación virtual a profesionales de la salud, relacionados con la prevención y detección temprana del cáncer	80%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad							2	4	4	4	3	1	Capacitación virtual en prevención y detección temprana de cáncer (mama, cuello uterino y colon y recto)	Número de cursos virtuales impartidos a profesionales de la salud vinculados con la prevención y detección temprana del cáncer (mama, cuello uterino y colon y recto).	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
						Ofertar los cursos presenciales y virtuales a las aseguradoras, entes territoriales y universidades	20%	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Productividad			30										Oferta de cursos presenciales y virtuales a las aseguradoras, entes territoriales y universidades	Número de portafolios de cursos presenciales y virtuales enviados	Eficacia	Coordinador Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer				
			Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Cuello uterino mínimo en 90%	Medición de seguimiento a resultados positivos (Mama, Colon y recto y cuello uterino)	2%	Elaborar nota técnica para promover la inclusión en la circular interna de la Súper Salud seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Mama, Colon y recto y cuello uterino	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Tareas Específicas									1				Nota técnica para promover la inclusión en la circular interna de la Súper Salud seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Mama, Colon y recto y cuello uterino	Nota técnica elaborada para promover la inclusión en la circular interna de la Súper Salud seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Mama, Colon y recto y cuello uterino	Eficacia	Coordinador Grupo Área Salud Pública				
			Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Mama mínimo en 85%																											
			Proporción de personas con hallazgos positivos que tuvieron seguimiento para confirmación diagnóstica y tratamiento (según corresponda) Colon y recto mínimo en 85%																											

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Detección temprana	Contribuir en el diagnóstico temprano de cánceres prioritarios (próstata, melanoma, leucemia pediátrica y estómago)	Asegurar que información acerca del estadio al momento diagnosis está disponible para al menos de 60% de los pacientes en registros poblacionales y/o hospitalarios	Entrenar y financiar a registros de cáncer para mejorar la información disponible acerca de estadio Clinico y/o patológico	2%	Realizar asistencia técnica a los registros poblacionales para obtener información de los registros poblacionales	100%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas									1				Asistencia técnica a los registros poblacionales para obtener información de los registros poblacionales	Acta de asistencia a reuniones de asistencia técnica a los registros poblacionales	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
			Tiempo entre diagnostico e inicio de tratamiento en un máximo de 30 días	Medición de seguimiento a resultados positivos (cuenta de alto costo)	2%	Participar en las mesas de indicadores de la cuenta de alto costo	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Tareas Específicas									1				Seguimiento a indicadores de la cuenta de alto costo	Actas de las reuniones de seguimiento a indicadores de la cuenta de alto costo	Eficacia	Coordinador Grupo Área Salud Pública				
						Elaborar 2 boletines de con reportes de redes sociales	10%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Específicas							1				1		Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletines de con reportes de redes sociales	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Salud Pública	Fortalecer los programas de Vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	Cumplimiento de reportes programados en 100%	Mejorar la divulgación de resultados hacia la comunidad general (comunicación y apropiación social del conocimiento)	5%	Elaborar y someter 1 boletín epidemiológico del INC	15%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas											1		Boletín sometido a Comité Editorial	Un número de boletín sometido a Comité Editorial	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
						Elaborar y someter 1 Anuario estadístico 2014	30%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas												1	Anuario 2014 sometido a comité editorial	Un Anuario 2014 sometido a Comité Editorial	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
						Publicar análisis de situación de cáncer 2014 -2015	25%	Coordinador Grupo Área Salud Pública	Tareas Específicas							1						Análisis de situación de cáncer 2014-2015	Un publicación Análisis de situación de cáncer 2014 - 2015	Productividad	Coordinador Grupo Área Salud Pública				
						Publicar Carex Colombia	10%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas				1									Carex Colombia	Un libro de Carex Colombia	Productividad	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
						Publicar SIVECAO	10%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas				1									SIVECAO	Un libro de SIVECAO	Productividad	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
				Fortalecer la vigilancia de políticas	3%	Elaborar 12 boletines de políticas publicas y legislación	100%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Específicas			1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletines publicados en página web sobre políticos publicas	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
				Desarrollar la vigilancia de los servicios oncológicos	3%	Elaborar 1 boletín de seguimiento a servicios oncológicos	20%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas												1	Boletín publicado en pagina web institucional	Número de boletín de seguimiento a servicios oncológicos	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
						Diseñar un proyecto de la clínica de mama sobre el antes y el después de la implementación del modelo de cuidado de pacientes oncológicos	80%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas							1						Diseñar del proyecto sobre la clínica de mama sobre el antes y el después de la implementación del modelo de cuidado de pacientes oncológicos	Un documento con el diseñar del proyecto sobre la clínica de mama sobre el antes y el después de la implementación del modelo de cuidado de pacientes oncológicos	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Salud Pública	Fortalecer los programas de Vigilancia del Grupo Área de Salud Pública	Vigilancia Epidemiologica del Cáncer Información de mortalidad	Mejorar la divulgación de resultados hacia la comunidad general (comunicación y apropiación social del conocimiento)	4%	Analizar la mortalidad de cáncer de cuello uterino por nivel educativo	25%	Subdirector de Investigaciones	Tareas Especificas							1						Articulo sometido	Un artículo sometido sobre la mortalidad de cáncer de cuello uterino por nivel educativo	Productividad	Subdirector de Investigaciones				
						Elaborar y someter el atlas de mortalidad por cáncer	40%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Especificas												1	Atlas de mortalidad	Un documento sometido Atlas de Mortalidad	Productividad	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
						Análisis de la mortalidad nacional 2014	35%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Especificas										1			Publicación de las tablas en pagina web	Un documentos con las tablas con el análisis de la información mortalidad nacional 2014	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
			Vigilancia Epidemiologica del Cáncer Información acerca de incidencia disponible en la web de manera interactiva	Hacer repositorio de datos de registro de cáncer, disponible de manera interactiva en la web	2%	Desarrollar una versión prueba web el repositorio	100%	Coordinador Grupo Area Análisis de Datos	Tareas Especificas												1	Versión prueba web del repositorio	Un aplicativo versión prueba	Eficacia	Coordinador Grupo Area Análisis de Datos				
			7 asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional e internacional por año	Fortalecer la vigilancia de incidencia	2%	Realizar 7 asistencias técnicas a registros poblacionales a nivel nacional e internacional	100%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Especificas									1				Asistencias técnicas realizadas	Número de asistencias técnicas realizadas en el periodo	Productividad	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
			Consolidar el sistema de vigilancia de servicios oncológicos	Desarrollar la vigilancia de servicios oncológicos	3%	Elaborar la metodología para el seguimiento de servicios oncológicos en país	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Especificas								1					Publicación del documento en pagina web	Un documento con la metodología para el seguimiento de servicios oncológicos en país	Eficacia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			Vigilancia de Política Publica: Participar en la formación de al menos una política publica	Fortalecer vigilancia de políticas	3%	Elaborar un Policy Brief de cancerígenos ocupacionales	50%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas									1				Policía Brief cancerígenos ocupacionales	Un Policía Brief de cancerígenos ocupacionales	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
						Elaborar 3 boletines de seguimiento a medios de comunicación	50%	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social	Tareas Especificas				1				1				1	Boletín publicado en pagina web institucional sobre seguimiento a medios de comunicación	Número de boletines de seguimiento a medios de comunicación	Eficacia	Coordinador Grupo Políticas y Movilización Social				
		Determinar riesgos atribuibles por principales factores de riesgos (tabaquismos, alcohol, sobrepeso, actividad física, consumo de carnes rojas y carne procesada, VPH, Hepatitis B)	Tener riesgos atribuibles específicos para Colombia	Modelando usando programa especial para riesgos atribuibles y hacer escenarios.	2%	Ejecutar el proyecto de incidencia proyectada de canceres prevenibles bajo variaciones hipotéticas en la prevalencia de sus factores de riesgo. obtener base de datos para iniciar análisis	100%	Subdirector de Investigaciones	Tareas Especificas												1	Base de datos proyecto incidencia proyectada de canceres prevenibles bajo variaciones hipotéticas en la prevalencia de sus factores de riesgo.	Base de datos proyecto incidencia proyectada de canceres prevenibles bajo variaciones hipotéticas en la prevalencia de sus factores de riesgo.	Eficacia	Subdirector de Investigaciones				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Tratamiento	Contribuir a incrementar la oferta de servicios integrales de tratamiento oncológico.	Promedio de servicios oncológicos habilitados por IPS a mínimo 3,7 relacionado con tratamiento oncológico (4 servicios mínimo para grupo quirúrgico, 5 servicios mínimo para grupo consultas, 2 servicios mínimo para grupo apoyo) servicios por IPS en el país.	Divulgar del modelo del cuidado del paciente oncológico	2%	Realizar dos (2) ejercicios de divulgación del modelo de cuidado del paciente	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas						1						1	Divulgación del modelo de cuidado del paciente	Número de divulgaciones realizadas	Eficiencia	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Participar el desarrollo de reglamentación de servicios oncológicos con base en el modelo del cuidado del paciente oncológico	4%	Elaborar dos (2) conceptos técnicos con recomendaciones y observaciones a las normas relacionadas con servicios oncológicos y otras formas funcionales.	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas						1						1	Conceptos técnicos con recomendaciones y observaciones a las normas relacionadas con servicios oncológicos y otras formas funcionales.	Número conceptos técnicos con recomendaciones y observaciones a las normas relacionadas con servicios oncológicos y otras formas funcionales.	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Acompañar al MSPS en el proceso de habilitación de servicios oncológicos (reglamentario, técnico y operativo)																					Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			Tres unidades funcionales habilitadas mínimo al año.	Conocer referentes en modelos de servicios oncológicos y de organización de servicios de salud para tratamiento.	2%	Apoyar la habilitación interna de una unidad funcional "UFCA" - UACAI" del INC.	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas						1						1	Informe acompañamiento de visita de recomendaciones para la habilitación	Un informe acompañamiento de visita de recomendaciones para la habilitación	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Fortalecer procesos de evaluación y habilitación interna	3%	Realizar 2 capacitaciones sobre habilitación de servicios o unidades funcionales en el INC	50%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Productividad					1				1			Acta de las capacitaciones	Acta de la capacitación dictada	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
						Realizar verificación de condiciones técnico científicas de habilitación en los servicios del Instituto al menos 7 servicios en cada semestre	50%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad			2	1	2	1	2	1	2	1	2		Informe de verificación de condiciones técnico científicas de habilitación en los servicios del Instituto	Informe de verificación de condiciones técnico científicas de habilitación en los servicios del Instituto	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Brindar asesoría técnica a prestadores y entidades del orden territorial y nacional que trabajen en atención	2%	Desarrollar tres (3) pilotos en Entes territoriales.	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad				1				1				1	Asesoría técnica en Entes Territoriales	Número de asesorías técnicas realizadas /total de asesorías técnicas programadas	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			80 de servicios oncológicos verificados en sus condiciones técnico científicas de habilitación en promedio al año.	Acompañar 80 servicios oncológicos por parte del MSPS.	2%	Verificar 80 servicios en sus condiciones técnico científicas de habilitación en promedio al año.	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad			20			20			20			20	Acompañamiento en condiciones de habilitación de servicios oncológicos	Número de servicios con acompañamiento en condiciones de habilitación de servicios oncológicos	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos del control del cáncer	Tratamiento	Contribuir a la estandarización del manejo de la enfermedad en el país	Porcentaje de la adherencia a guías de práctica clínica mínimo en 70%	Evaluar de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento del cáncer	2%	Desarrollar la metodología para realizar evaluación de tecnologías biomédica en el ámbito hospitalario	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Productividad												1	Metodología para realizar evaluación de tecnologías biomédica en el ámbito hospitalario	Una metodología para realizar evaluación de tecnologías biomédica en el ámbito hospitalario	Calidad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			Número de guías desarrolladas mínimo en 3	Educar a profesionales, aseguradores, pacientes	2%	Desarrollar la guía de practica clínica de cáncer gástrico, usando la metodología de adaptación propuesta por IETS.	100%	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos	Calidad												1	Guía de practica clínica de cáncer gástrico, usando la metodología de adaptación propuesta por IETS.	Una guía de practica clínica de cáncer gástrico, usando la metodología de adaptación propuesta por IETS.	Calidad	Coordinador Grupo Área Análisis de Datos				
		Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención en cáncer	Organizar sistemas de vigilancia para habilitar cálculo de tasas de supervivencia.	Consolidar los sistemas de medición de vigilancia de la supervivencia	2%	Obtener supervivencia de a 1 y 3 años para cáncer de cuello uterino, mama colon recto y gástrico	100%	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer	Tareas Específicas				1				1				1	Tasas de superveniencia a 1 y 3 años de 2012	Numero de supervivientes / Total de Pacientes de 2012	Eficacia	Coordinador Grupo Vigilancia epidemiológica del Cáncer				
	Cuidado paliativo	Contribuir a incrementar la oferta de cuidado paliativo en el país	Tres (3) EPS con programa de servicio paliativo que incluye servicios habilitados por nivel de complejidad	Desarrollar de guías y protocolos para el cuidado paliativo	2%	Diseñar una estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la dirección de enfermedades crónicas del ministerio, encargados de las guías de practica clínica para cuidado paliativo.	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinador Cuidado Paliativo	Tareas Específicas												1	Documento con estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la dirección de enfermedades crónicas del ministerio, encargados de las guías de practica clínica para cuidado paliativo.	Un documento con estrategia dirigida a definir como se trabaja en conjunto con la dirección de enfermedades crónicas del ministerio, encargados de las guías de practica clínica para cuidado paliativo.	Eficacia	Coordinador Cuidado Paliativo				
			Definir el modelo para el cuidado paliativo en el sistema de salud colombiano	Participar en el desarrollo de reglamentación para los servicios de cuidado paliativo	2%	Diseñar una estrategia dirigida a incidir que el MSPS asuma el modelo de Cuidado Paliativo.	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública Coordinador Cuidado Paliativo	Tareas Específicas						1 reunión							Actas de asistencia	Acta de asistencia a reuniones para el desarrollo de la reglamentación para servicios de cuidado paliativo	Tarea Específica	Coordinador Cuidado Paliativo				
				Medir la relación oferta-demanda de servicios de cuidado paliativo	2%	Elaborar y aprobar un proyecto de suficiencia de oferta de servicios en un ente territorial	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas						1						Proyecto sometido proyecto de suficiencia de oferta de servicios en un ente territorial	Un proyecto de suficiencia de oferta de servicios en un ente territorial	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
				Desarrollar un modelo para el cuidado paliativo en el sistema de salud colombiano	2%	Iniciar la ejecución del proyecto proyección de las necesidades de recurso humano según la dinámica del cáncer año 2035	100%	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas												##	Porcentaje de ejecución del proyecto	Numero de actividades realizadas de acuerdo a cronograma / Total de actividades programadas de acuerdo al cronograma del proyecto	Productividad	Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	2%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública / Coordinadores de Grupo / Asesor de Calidad	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso PSP	Proceso PSP con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	3%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso PSP	(Numero de indicadores de proceso PSP con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso PSP programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Salud Pública y Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y Coordinadores de Grupo	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso PSP	(Numero de indicadores POA, proceso PSP con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso PSP programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Salud Pública y Técnico Operativo Oficina de Planeación				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y coordinadores de grupo	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso PSP	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso PSP) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso PSP + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
						Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	20%	Coordinador Grupo Área Salud Pública. , Coordinadores de grupo y Profesionales Especializados de Proyectos	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso PSP entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso PSP entregados oportunamente) / (Número total de Ítems definidos para el proceso PSP) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Coordinador Grupo Área Salud Pública. , Coordinadores de grupo y Profesionales Especializados de Proyectos	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría), proceso PSP	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoria aplicables al proceso PSP / Total de contratos asignados al proceso PSP para supervisión y/o interventoria)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Compras				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	2%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y coordinadores de grupo	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso PSP	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso PSP	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	3%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y coordinadores de grupo	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso PSP	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso PSP / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Coordinador Grupo Área Salud Pública y coordinadores de grupo	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso PSP	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso PSP / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso PSP) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Calidad				

ESTHER DE VRIES
Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica y

GIANA MARÍA HENRÍQUEZ MENDOZA
Coordinador Grupo Área de Salud Pública

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

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:	2016
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 y Desarrollo del Talento Humano	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Propiciar, mantener y proveer oportunamente el talento humano competente de conformidad con las necesidades de la Institución.	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión y Desarrollo del Taleto Humano		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION 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	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Retener el talento humano institucional	Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano	Fortalecer el plan de capacitación	6%	Actualizar el Plan de capacitación	35%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad				1									Plan de de capacitación actualización	Plan aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
						Implementar el seguimiento a las capacitaciones en el componente de Programas de Aprendizaje en Equipo (PAES)	8%		Productividad												100%	Porcentaje ejecución del seguimiento al PAE Informe de resultado de ejecución del PAE	PAES revisados / Total de PAES programados x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
						Implementar el Plan de capacitación en el componente de Mejoramiento de competencias por evaluación del desempeño	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad												100%	Porcentaje de Ejecución del plan de mejoramiento de competencias	# acciones de mejoramiento ejecutadas / Total acciones de mejoramiento programadas de la evaluación del desempeño	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
																					100%	Porcentaje de cobertura de Plan de mejoramiento de competencias por evaluación del desempeño	Total de personas capacitadas/ Total de personas programadas de acuerdo a las acciones de mejoramiento por evaluación del desempeño	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
						Implementar el Plan de capacitación en el componente de Mejoramiento de competencias de acuerdo al plan de necesidades de capacitación	10%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad												100%	Porcentaje de ejecución del plan	Informe de resultados de ejecución del mejoramiento de competencias Porcentaje de ejecución del informe presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
						Establecer el nivel de ingles para realizar un plan de mejoramiento en la formación del Recurso Humano Investigador	8%	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano Subdirector de Investigaciones Coordinador Grupo de Investigaciones	Tareas Específicas				1							Nivel de ingles para investigadores y plan de mejora	Resultados de medición de nivel de ingles para investigadores	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
									Productividad												100%	Cumplimiento del plan de mejora	Total de acciones cerradas /Total de acciones del plan de mejora	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
						Actualizar,ejecutar y hacer seguimiento al programa de incentivos a través del reconocimiento de los mejores equipos de trabajo en los Proyectos de aprendizaje en equipo (PAE), clima organizacional y actividades que contribuyan a la acreditación del instituto.	19%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Productividad				1							Programa de incentivos	Documento del programa de incentivos actualizado	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano				
																1					1	Porcentaje de cumplimiento del plan de incentivos individual	incentivos individuales otorgados /Total de funcionarios de carrera	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano				
																1					1	Porcentaje de incentivos otorgados a mejores equipos de trabajo	Incentivos otorgados a mejores equipos de trabajo /Total equipos inscritos	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano				
																1					1	Porcentaje de colaboradores con incentivos otorgados	No de participantes premiados a mejores equipos de trabajo/Total colaboradores del INC	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano				
				Revisar los modelos de contratación del personal tercerizado y productividad pago por desempeño	6%	Ajustar y actualizar y entregar el 100% de los estudios previos a cargo del grupo de Talento Humano, de acuerdo a la norma de acreditación	100%	Coordinador del Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Tareas Específicas		100%	100%								100% para 2017		Porcentaje de estudios previos ajustados, actualizados y entregados de acuerdo a la norma de acreditación	Número de estudios previos ajustados, actualizadosy entregados oportunamente / Estudios previos requeridos	Eficacia	Coordinador del Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Retener el talento humano institucional	Garantizar la aplicación del esquema de incentivos grupales a provisionales y esquema grupal e individual a externalizados	Plan de incentivos	6%	Diseñar e implementar propuesta de busqueda y promoción de talentos sujeto a disponibilidad de recursos	100%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Productividad					1								Propuesta de busqueda y promoción de talentos	Documento elaborado y presentado para aprobación, busqueda y promoción de talentos	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
																					100%	Porcentaje de implementación de la estrategia para busqueda y promoción de talentos	Número de actividades ejecutadas de la estrategia para busqueda y promoción de talentos / Total de actividades que conforman la estrategia para busqueda y promoción de talentos	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
			Diseñar e implementar en un 100% plan para atracción de talento humano	Ejecutar el plan de contratación y vacantes	6%	Elaborar el plan de necesidades del talento humano de acuerdo al nuevo mapa, unidades funcionales y cargas de trabajo	20%	Grupo de Planificación, Jefe Oficina de Planeaciòn	Optimización De Recursos					1								Plan de necesidades de Talento Humano	Plan de necesidades presentado	Eficacia	Coordinador : Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, Oficina de Planeación OyM cargas laborales				
						Elaborar y hacer seguimiento al Plan de vacantes institucional	20%	Coordinador Grupo Planificación del Talento Humano Y Ciclo de Vida Laboral	Optimización De Recursos				1								Plan de vacantes	Plan de vacantes presentado	Eficacia	Coordinador : Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano y Ciclo de Vida Laboral				
														1	1	1	1	1	1	1	1	Informe seguimiento plan de vacantes	Informe seguimiento	Eficacia	Coordinador : Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano y Ciclo de Vida Laboral				
						Aplicar al 100% de los funcionarios la evaluacion del desempeño carrera administrativa	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Ciclo de Vida Laboral	Tareas Específicas		Evaluación	Concertación			Evaluación							Porcentaje de cobertura de evaluación de funcionarios de carrera administrativa	No. De funcionarios evaluados /Total de funconarios objetivo	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Ciclo de Vida Laboral				
						Aplicar al 100% de los funcionarios la evaluacion del desempeño provisionales	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Ciclo de Vida Laboral	Tareas Específicas	Evaluación	Concertación											Porcentaje de cobertura de evaluación de funcionarios en provisionalidad	No. De funcionarios evaluados /Total de funconarios objeivo	Eficacia	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinador Ciclo de Vida Laboral				
						Incluir en el proceso de selección pruebas psicotécnicas, sujeto a asignación de presupuesto	20%	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Específicas						1							Propuesta pruebas psicotécnicas en proceso de selección	Documento elaborado y presentado para aprobación, pruebas psicotécnicas en proceso de selección	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
																					100%	Porcentaje de procesos de selección con pruebas psicotécnicas	Número de personas que presentaron pruebas psicotécnicas / Número de personas que cumplen criterios de elegibilidad	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
				Innovar en los mecanismos de remuneración	6%	Entregar nomina de planta dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Específicas	26	23	23	26	24	23	25	25	26	24	24	19	Oprtunidad de entrega de nomina pago planta	Días entrega nomina pago planta	Eficacia	Auxiliar Administrativo				
						Entregar nómina Supernumerarios, dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Específicas	25	25	28	27	25	27	27	29	27	26	28	22	Oprtunidad de entrega de nomina supernumerarios	Días entrega nomina supernumerarios	Eficacia	Auxiliar Administrativo				
						Entregar ordenes de pago de contratistas dentro del cronograma establecido.	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Específicas	25	28	28	25	27	27	29	29	27	26	28	22	Oprtunidad de entrega de ordenes de pago contratistas	Días rdenes de pago contratistas	Eficacia	Técnico Operativo				
						Entrega de facturas de tercerizados y socios estratégicos, al Grupo Area Financiera, dentro de los términos establecidos	25%	Coordinador planificación del Talento Humano	Tareas Específicas	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Mes vencido	Oprtunidad de entrega de facturas tercerizados	Días entrega de facturas tercerizados	Eficacia	Auxiliar Administrativo				
		Atraer el mejor talento humano	Garantizar el 100% del cumplimiento en la oportunidad de provisión de cargos de acuerdo con los criterios establecidos	Ejecutar el plan de contratación y vacantes	6%	Ejecución de convocatorias en 35 días sin reclamaciones	50%	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Calidad	1 2017			1		1				1			Oportunidad en el tramite de las convocatorias	Promedio de días para el tramite de las convocatorias	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
						Medir el porcentaje de gestiòn en el proceso de vacantes	50%			1 2017			1		1				1			No. De vacantes convocadas	No. De vacantes gestionadas / No Total de vacantes exsistentes	Efectividad	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir a un rango entre 55 y 45% los trabajadores en riesgo psicosocial en nivel alto y muy alto	Revisar y ejecutar el plan de bienestar con actividades enfocadas a los estandares de acreditación	6%	Ejecutar al 100% las actividades del Plan de Bienestar	100%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano	Productividad												100%	Porcentaje de ejecuciòn del plan de Bienestar	Número de actividades realizadas del plan de bienestar/ Total de actividades programadas en el Plan de Bienestar	Eficacia	Coordinador Grupo Desarrollo del Talento Humano				
				Revisar y ejecutar el Plan de promoción del liderazgo	6%	Elaborar, aprobar y Medir el Plan de Promoción y Liderazgo	100%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Productividad				1									Plan de promoción y liderazgo	Plan de promoción y liderazgo presentado y aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
																			100%		Porcentaje de implementación del Plan de Promoción del Liderazgo	Número de actividades ejecutadas del plan de promoción del liderazgo / Total de actividades que conforman el Plan de promoción del liderazgo.	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
																			100%		Porcentaje de cobertura del plan de Promoción y Liderazgo	Numero de asistentes a escuela de liderazgo/ numero de lideres citados a escuelas de liderazgo x100	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
				Plan de vacaciones	6%	Diseñar y realizar seguimiento plan de vacaciones	100%	Coordinador Grupo Planifiación del Talento Humano	Tareas Específicas				1									Plan de vacaciones	Plan presentado y aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Técnico Operativo				
									Optimización De Recursos										1			Informe de evaluación del plan de vacaciones	Informe presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Planificación, Técnico Operativo				
			Garantizar la aplicación y armonización de políticas y planes de talento humano en el modelo de contratación en el 100% de servicios tercerizados de más de 30 trabajadores.	Revisar y ejecutar el Plan de capacitación (Programa de Inducción y Reinducción)	6%	Realizar propuesta de ampliación de cobertura y mejoramiento de inducción y reinducción en página web, sujeto a disponibilidad de recursos	50%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Específicas					1								Propuesta de ampliación de cobertura y mejoramiento de inducción y reinducción en página web	Documento elaborado y presentado para aprobación, ampliación de cobertura y mejoramiento de inducción y reinducción en página web	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
						Implementar propuesta de inducción y reinducción en página web(sujeto a recursos)	50%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral	Tareas Específicas						100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de Implementación de inducción y reinducción en página web	Página web disponible para Inducción y reinducción	Eficacia	Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral				
			Garantizar la aplicación y armonización de políticas y planes de talento humano en el modelo de contratación en el 100% de servicios tercerizados de más de 30 trabajadores.	Armonizar la política del Talento Humano con empresas que prestan servicios externalizados	6%	Dar continuidad a la armonización de las políticas del talento humano con empresas que prestan servicios externalizados al nivel de (capacitación, bienestar, inducción y reinducción y salud ocupacional) de acuerdo a estándares de acreditación, soportado mediante actas e informes de auditorias	100%	Grupo Área GTH - Grupo Ciclo de Vida Laboral, Grupo Desarrollo del Talento Humano, Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, Grupo Salud Ocupacional	Tareas Específicas				1			1			1			Armonización de las políticas del talento humano con empresas que prestan servicios externalizados, de acuerdo a los estándares de acreditación	Informe y Acta(s) institucional reunion para armonización de las políticas del talento humano con empresas que prestan servicios externalizados	Eficacia	Coordinador : Grupo Area, Grupo Ciclo de Vida Laboral, Grupo Desarrollo del Talento Humano, Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano, Grupo Salud Ocupacional				
			Reducir al 6% la tasa anual de accidentalidad laboral.	Plan de Seguridad y Salud en el trabajo	6%	Disminuir en 1,5% la tasa de accidentalidad, comparado con la vigencia anterior (2015)	35%	Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Productividad		1		1			1			1			Indice de accidentalidad	No. De accidentes 2016/ No. De accidentes 2015 x 100	Efectividad	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Determinar y hacer seguimiento a las enfermedades profesionales comunes y laborales	8%	Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Tareas Específicas			1										Informe diagnóstico de enfermedades profesionales y comunes del INC funcionarios y colaboradores	Informe presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
									Tareas Específicas						100%					100%		Porcentaje de ejecuciòn del plan de recomendaciones	No de recomendaciones generadas / No. Servidores diagnosticados x100	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión del talento humano	Mejorar la calidad de vida laboral	Reducir al 6% la tasa anual de accidentalidad laboral.	Plan de Seguridad y Salud en el trabajo		Desarrollar plan de intervención de ausentismo laboral (de acuerdo con diagnóstico)	10%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional, Coordinador Grupo Planificaciòn, Remuneraciòn y Registro del Talento Humano	Optimización De Recursos					1					1			Informe de ausentismo laboral	Informe de ausentismo	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional, Coordinador Planificación del Talento Humano				
																					100%	Porcentaje de implementación del Plan de intervención de ausentismo	Acciones implementadas/acciones planeadas x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Realizar seguimiento a planes de mejora de las investigaciones de accidentes de trabajo	15%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Calidad				100%		100%			100%		Porcentaje de planes de mejora cerrados de investigaciones de accientes de trabajo	Número de investigaciones de accidentes de trabajo cerradas/ Total de acciones de mejora x100	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Realizar campañas de divulgacion procedimiento de reporte de accidentes e incidentes laborales	8%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Tareas Específicas					1 campaña				1 campaña				Campaña de divulgacón	Campaña de divulgación realizada	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional Asesor de Comunicaciones				
																					100%	% de cobertua en divulgación de accidentes e incidentes laborales	Numero de personas capacitadas/ numero de personal objetivo	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Realizar plan de seguimiento al plan de trabajo propuesto con la ARL	6%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Productividad			1										Realizar plan de trabajo con la ARL	Documento del plan de trabajo con la ARL	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
															100%				100%			Porcentaje de ejecución y seguimiento al plan de trabajo con la ARL	Número de actividades realizadas del plan de intervención en la relación con ARL / Total de actividades que conforman el plan de intervención en la relación con ARL	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Ejecutar el plan de intervención de OSHAS relacionado con Talento Humano	6%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinador Grupo Salud Ocupacional	Productividad						100%					Porcentaje de ejecución del Plan de intervención OSHAS	Numero de actividades ejecutadas/ numero de actividades propuestas en el plan	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades del plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	6%													100%		Porcentaje de ejecución de plan de trabajo de SST	Número de actividades realizadas del plan de trabajo de SST / Total de actividades programadas plan de trabajo de SST	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
						Realizar auditoria interna al sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	6%					100%					100%					Porcentaje de ejecucion del plan de auditorias	Numero de auditorias ejecutadas/ numero de auditorias programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Salud Ocupacional				
	Gestion de imágen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3,5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Gestionar el tratamiento del riesgo (Plan de mejora del riesgo)	6%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Coordinadores de	Calidad									1				Actualización del mapa de riesgos del proceso GTH	Proceso GTH con mapa de riesgos actualizado 2016	Eficacia	Técnico Adminsitativo Oficina de Calidad Coordinadores de Grupo				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	6%	Registrar oportunamente la gestión de indicadores del proceso de Talento Humano	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad				100%		100%		100%			100%	Porcentaje de registro de indicadores dentro del Periodo Estipulado	(Sumatoria de indicadores cargados oportunamente en el periodo) / Total de indicadores programados para cargue en el periodo) * 100	Eficacia	Talento Humanao y Profesional Especializado y Técnico Administrativo Oficina de Planeación Coordinadores de Grupo				
						Registrar la información de indicadores del POA en el periodo establecido	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Calidad				100%		100%		100%			100%	Porcentaje de registro y análisis de indicadores de POA dentro del Periodo Estipulado	(Numero de indicadores del POA de proceso registrados oportunamente / Numero de Indicadores del POA de proceso para ser registrado en el trimestre) * 100	Eficacia	Grupo Area Gestión y Desarrollo Talento Humano. Técnico Administrativo Oficina de Planeación				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano y Coordinadores de Grupo	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejora	(Número de acciones de mejora cerradas al al proceso GTH / Total de acciones de mejora registradas) x 100	Eficacia	Coordinadores de Grupo Profesional Universitario Oficina de Calidad				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestion de imágen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3,5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios		Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el Plan Anual de Adquisiciones, en la entrega de estudios	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso TH	Calidad		100%	100%							100%			Porcentaje de cumplimiento de entrega en los estudios previos del proceso	(No. De estudios previos del proceso entregados oportunamente / Total de items definidos para el proceso) x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
						Cumplir con el reporte y obligaciones de la supervisión de contratos	20%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso TH	Calidad			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría)	(No. De contratos con informe de supervisión y/o interventoría, aplicables al proceso / Total de contratos asignados al proceso para supervisión) x 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Gestión Contractual				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con reespecto a la verificación física de las áreas	6%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	100%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso TH	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios GTH	Un reporte de actualización de los Inventarios GTH	Eficacia	Coordinador Grupo Area de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (plan de bienestar, PDI, Plan de salud ocupacional), mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	6%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	70%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso TH	Calidad											85%		Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad GTH	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos del SGC aplicado al proceso GTH / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen del SGC aplicado al proceso GTH) * 100	Efectividad	Profesional Universitario Oficina de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	30%	Coordinadora Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano Coordinadores de Grupo del proceso TH	Calidad											75%		Porcentaje de conocimiento sobre el PDI GTH	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos del PDI aplicado al proceso GTH / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen de conocimientos del PDI aplicado al proceso GTH) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina de Planeación				

NOTA: Ajustado de acuerdo a solicitud enviada por correo electrónico del día lunes, 29 de febrero de 2016 08:06 a.m. por Sandra Patricia Angel .

JUAN JOSÉ PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

ROSA MARIA [illegible]
Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano

ERNOFAL TRUJILLO
Coordinador Grupo Planificación, Remuneración

NHUR SERNA CORTES
Coordinadora Grupo Ciclo de Vida Laboral

ERICA POVEDA
Coordinadora Grupo Salud Ocupacional

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
VERSIÓN:	02
VIGENCIA:	25-03-2015
Página 1 de 1	

VISION:	Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.
MISION:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental
OBJETIVO DEL	Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.
LIDER POA	Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera

VIGENCIA DEL POA:	2016
VERSIÓN:	1
PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Reducir en un 50% la tasa de eventos adversos atribuibles a la infraestructura y ambiente físico.	Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo	3%	Disminuir el numero de eventos adversos atribuibles a la infraestructura y ambiente físico en un 50%	100%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Tareas Especificas			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de eventos adversos atribuibles a infraestructura y ambiente físico gestionados	(Número de eventos adversos asociados a infraestructura gestionados / Número de eventos asociados a infraestructura reportados) * 100	Eficiencia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
			Implementar 4 tecnologías ahorradoras.	Mejora Servicio aseo	9%	Implementar la tecnologia LED en 25% del instituto	30%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos									12%			25%	Porcentaje de implementación de tecnología LED (dato acumulado)	(Número de bombillos LED / Número total de bombillos identificados en inventario) * 100	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Adoptar tecnología de ahorro en orinales en los baños públicos	30%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos												100%	Porecentaje de adopción de tecnologías en obras nuevas	(Número de obras nuevas con tecnologia implementada/ número de obras nuevas con servicio)	Eficiencia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Medir y reportar indice de daños por mal uso de infraestructura del instituto	20%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Productividad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de daños por mal uso de infraestructura del instituto	Informe mensual de daños por mal uso de infraestructura del instituto elaborado y presentado en comité de gestión ambiental	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Consecucion de los elementos necesarios para conectar el agua de la ptar con los cuartos de aseo del área de la capilla y laboratorio clínico primer piso y red de riego	20%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera / Alberto Reyes - Arquitecto - Grupo Gestión de la Infraestructura	Optimización De Recursos												100%	Porcentaje de elementos adquiridos para conectar el agua de la ptar con cuartos de aseo de primer piso y red de riego	Número de elementos adquiridos para conectar el agua de la ptar con cuartos de aseo de primer piso y red de riego / Número total de elementos necesarios para conectar el agua de la ptar con cuartos de aseo de primer piso y red de riego	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera / Alberto Reyes - Arquitecto - Grupo Gestión de la Infraestructura				
			Brindar cobertura al 100% de las áreas requeridas con mantenimiento preventivo.	Programa de gestión ambiental	9%	Elaborar un plan institucional de mantenimiento preventivo 2016	20%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Tareas Especificas			1										Plan institucional de mantenimiento preventivo (2016-2017)	Plan institucional de mantenimiento preventivo (2016-2017) elaborado	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Ejecutar el plan institucional de mantenimiento preventivo infraestructura	30%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad						30%			65%			100%	Porcentaje de implementación del plan institucional de mantenimiento preventivo (dato acumulado)	(Número de áreas con intervención de mantenimiento preventivo / Total de áreas del INC) * 100	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Ejecutar el plan de mantenimiento preventivo para equipos no biomedicos	30%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad						30%			65%			100%	Calificación de autodiagnóstico	Total mantenimientos ejecutados / Total mantenimientos programados x 100	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Medir indice de respuestas oportunas y efectivas de mantenimiento	20%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad						75%			80%			85%	Indice de respuesta oportuna y efectiva	Porcentaje de respuesta oportuna y efectiva mantenimiento preventivo.	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Ajustar la encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC	Calidad			1										Encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Encuesta elaborada y aprobada, para medir la satisfacción del servicio de mantenimiento	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Hacer prueba piloto de la encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento ajustada	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC	Calidad				1									Aplicación encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Informe con resultados de prueba piloto, encuesta de satisfacción del servicio de mantenimiento	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Mediar la satisfacción	15%	Carlos Julio Velandia / Tercerizado SAGAC	Calidad									90%			100%	Porcentaje de satisfacción (90%) del servicio de mantenimiento	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de mantenimiento / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de mantenimiento) * 100	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		Página 1 de 1	

VISIÓN:	Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.
MISIÓN:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental
OBJETIVO DEL	Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.
LIDER POA	Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera

VIGENCIA DEL POA:	2016
VERSIÓN:	1
PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Lider de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Incrementar la satisfacción de los clientes y usuarios a un 85%.	Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo	9%	Establecer con oficina de planeacion un indicador que nos permita medir indice de provision de servcios con oportunidad y calidad, disponibilidad de equipos, tiempo de respuesta e indice de respuesta de equipos de soporte	10%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera / Francisco Avendaño - Profesional Especializado Of. Asesora de P laneación	Calidad						4							Indicadores 1) Indice de provision de servcios con oportunidad y calidad 2) Disponibilidad de equipos 3) Tiempo de respuesta 4) Indice de respuesta de equipos de soporte	Número de indicadores creados en Siapinc 4 que cumplan la necesidad identificada en el servicio	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera / Francisco Avendaño - Profesional Especializado Of. Asesora de P laneación				
						Medir la satisfacción en mantenimiento equipo de soporte	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC	Calidad									90%			100%	Porcentaje de satisfacción (90%) de mantenimiento y equipos de soporte	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de mantenimiento y equipos de soporte / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de mantenimiento y equipos de sopoerte) * 100		Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC				
			Brindar cobertura oportuna al 100% de requerimientos de mantenimiento correctivo	Plan de mantenimiento correctivo	9%	Oportunidad de respueta de mantenimiento correctivo, de aucerdo con la prioridad fijada	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado	Productividad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de respuesta oportuna de mantenimiento correctivo	(Número de ordenes ejecutadas en termino / Total ordenes recibidas en el periodo) * 100	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Definir la línea base del tiempo de parada de tecnología de soporte	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizados	Productividad						1							Informe tiempo de parada de tecnología de soporte	Un nforme tiempo de parada de tecnología de soporte	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizados				
						Medir la satisfacción en mantenimiento equipo de soporte	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC	Calidad									1	1	1	1	Informe de tecnología de soporte	Informe mensual de tecnología de soprote que contenga medición de satisfacción	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizado SAGAC				
						Definir línea base de costos de mantenimiento correctivo	25%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizados	Productividad									1				Informe de costos de mantenimiento correctivo institucional	Un informe de costos de mantenimiento correctivo institucional	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Tercerizados				
			Cubrir el 100% de las áreas institucionales con estándares de señalización	Mejora del soporte hotelero	4%	Ejecutar la Fase I estandares de señalización en el INC	100%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Productividad												100%	Implementación institucional con estándares de señalización Fase I	Áreas con estándares de señalización fase I / Total de áreas del instituto.	Eficiencia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
			Ejecutar planes de accesibilidad en los cinco edificios (administrativo, hospitalización, consulta externa, apoyo, medicina nuclear)	Plan de mantenimiento correctivo	4%	Planteamiento del proyecto de accesibilidad de los cinco edificios	100%	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura / Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Productividad												1			Documento con el plan de accesibilidad	Un documento que contenga plan de accesibilidad en edificio hospitalización y medicina nuclear	Eficacia	Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura				
						Cumplir al 100% con las acciones del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA)	25%	Esperanza Alvarez - Profesional Gestión Ambiental	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA 2016	Número de actividades de cronograma PIGA ejecutadas en el periodo / Número de actividades en cronograma PIGA programadas en el periodo	Eficacia	Esperanza Alvarez - Profesional Gestión Ambiental				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		Página 1 de 1	

VISIÓN:	Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.	VIGENCIA DEL POA:	2016
MISIÓN:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental	PERÍDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL	Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente		
LIDER POA	Coordinación Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera		

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Alcanzar una calificación de 3,5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Fortalecimiento de la cultura de autocontrol	9%	Aplicar y cumplir tres (03) estandares con trece (13) criterios del sistema de gestión ambiental ISO 14000 v.2015	25%	Esperanza Alvarez - Profesional Gestión Ambiental	Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	Cumplimiento de los criterios priorizados del sistema de gestión ambiental	Número de criterios ISO 14000 v.2015 cumplidos de los tres estándares priorizados	Eficacia	Esperanza Alvarez - Profesional Gestión Ambiental				
						Realizar seguimiento al cumplimento de los servicios tercerizados (uno por cada aliado estrategico)	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Tareas Específicas			4			4			4			4	Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero	Número de Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero (uno por cada servicio)	Eficacia	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Gestionar y obtener el pago del 100% de los siniestros institutcionales	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Productividad			1			1			1			1	Reporte mensual de seguimiento a siniestros institucionales	Número de reportes de seguimiento a siniestros institucionales elaborados en el trimestre	Eficacia	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
				Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	4%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GHA	Proceso GHA con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	9%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GHA	(Numero de indicadores de proceso GHA con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GHA programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GHA	(Numero de indicadores POA, proceso GHA con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GHA programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera / Carlos Julio Velandia - Coordinador Grupo Gestión de la Infraestructura	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GHA	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GHA) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GHA + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GHA) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GHA entregados oportunamente) / (Número total de Items definidos para el proceso GHA) * 100	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Juan José Pérez - Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GHA	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GHA / Total de contratos asignados al proceso GHA para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
				Fortalecer el plan de capacitación. Dar continuidad a los proyectos de aprendizaje en equipo del INC	4%	Cumplir al 100% con la ejecución del proyecto de aprendizaje en equipo (PAE) que aplique	100%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de ejecución de PAE que aplique al proceso GHA	(Número de actividades del PAE que apliquen al proceso GHArealizadas en la vigencia / Total de actividades programadas en el PAE que apliquen al proceso GHA para ejecutar en la vigencia) * 100	Eficacia	Líder de PAE				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	2%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	100%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso GHA	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GHA	Eficacia	Lía Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
						Viabilizar la contratación de Plan de Regularización y Manejo (PRM) y PEMP , sujeto a viabilidad legal	30%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Proyectos especiales												100%	Planes PMR y PEMP	Planes (PMR y PEMP) elaborados	Eficacia	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P0: F-02
		VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		Página 1 de 1	

VISIÓN:	Buscamos transformar el actuar de la población y las instituciones colombianas hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Nuestros aportes brindarán orientación a todos aquellos comprometidos con la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación de esta enfermedad.
MISIÓN:	Somos una institución del Estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.
PROCESO:	Gestión Hotelera y Ambiental
OBJETIVO DEL	Planificar y controlar las actividades relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.
LIDER POA	Coordinación Grupo Area Gestión Ambiental y Hotelera

VIGENCIA DEL POA:	2016
VERSIÓN:	1
PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJE	LINEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META INSTITUCIONAL	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
				Ejecutar el macroproyecto de ampliación, construcción y remodelación del Instituto Nacional de Cancerología ESE	10%	Ejecutar el plan de obras del proyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Insituto Nacional de Canerología ESE, sujeto a viabilidad legal y financiera	40%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Proyectos especiales						50%				75%			100%	Porcentaje de ejecución del macroproyecto de construcción, dotación, ampliación y remodelación del Insituto Nacional de Canerología ESE	(Número de actividades ejecutadas del proyecto /Total de actividades que conforman el proyecto)	Eficacia	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera				
						Gestionar la obtención de la licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural, sujeto a viabilidad legal	30%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Proyectos especiales												100%	Licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural	Licencia de reforzamiento y reordenamiento estructural para el INC	Eficacia	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	6%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad														85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GHA	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GHA / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GHA) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Gloria Mojica - Coordinadora Grupo área Gestión Ambiental y Hotelera	Calidad														75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GHA	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GHA / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GHA) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la satisfacción de los pacientes	Porcentaje de satisfacción mínimo en 95%	Desarrollo y ejecución del plan de mantenimiento preventivo	9%	Incrementar la satisfacción del Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria) en 95%	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%			95%			95%			95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de Aseo (Limpieza y desinfección hospitalaria)	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de aseo en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de aseo) * 100	Eficacia	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Incrementar la satisfacción en servicio de vigilancia en 95%	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%			95%			95%			95%	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	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Incrementar la satisfacción del servicio de Alimentos para pacientes y funcionarios en 95%	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%			95%			95%			95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de Alimentos	(Sumatoria de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de Alimentos en la Institución / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir satisfacción del servicio de Alimentos) * 100	Eficacia	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				
						Incrementar la satisfacción del servicio de lavandería área asistencial en 95%	25%	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Calidad			95%			95%			95%			95%	Porcentaje de satisfacción del servicio de lavandería	(Número de funcionarios que se consideran satisfechos con el servicio de lavandería en la Institución / Número Total de Encuestas aplicadas para el servicio de lavandería) * 100	Eficacia	Janneth Salazar - Coordinadora Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero				

JUAN JOSE PEREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

GLORIA MARCELA MOJICA BRAN
Coordinadora Grupo Area Gestión Ambiental y Hotelera

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		Página No. 1 de 3	

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.		
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VIGENCIA DEL POA:	2016
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental		
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.	VERSIÓN:	1
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR				EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de uso de canales formales mínimo en un 50%	Ejecutar el proyecto de Tablas de Valoración Documental	10%	Terminar el proyecto de Tablas de Valoración Documental	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas					100%								Proyecto de Tablas de Valoración Documental	Tablas de Valoración Elaboradas	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Programar y realizar capacitación en Gestión Documental dirigida a todos los funcionarios del INC	8%	Realizar dos capacitaciones masivas en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo dirigidas a todos los funcionarios del INC.	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas						1				1			Capacitación en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo	Número de capacitaciones en aplicación de tablas de retención documental y manejo de archivo realizadas en el trimestre	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Consolidar la estrategia de cero papel	8%	Formular y ejecutar el Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel en su componente gestión documental	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas	Tareas Especificas			1									Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel	Plan de Eficiencia Administrativa y Cero Papel elaborado	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
								Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas	Productividad				100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel, componente gestión documental	Resultado de Seguimiento cuatrimestral del Plan de Eficiencia Administrativa y cero Papel, componente gestión documental	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Socializar el programa de Gestión Documental en el INC	8%	Actualizar el programa de Gestión Documental	50%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas							1					Programa de Gestión Documental	Programa de Gestión Documental Actualizado	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
						Sensibilizar a todos los funcionarios por medio de boletines electrónicos en el programa de Gestión Documental	50%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Diana Daza - Asesoria Comunicaciones	Tareas Especificas							1	1	1	1	1	Boletines electrónicos - Sensibilización del Programa de Gestión Documental	Número de boletines electrónicos del programa de gestión documental elaborados y distribuidos	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
		Garantizar total transparencia en el actuar Institucional	Cumplimiento del programa de Auditoria Interna en un 90%	Lograr el 75% de cumplimiento en la organización de archivos de Gestión (Linea Base 2014 del 50%) (Linea Base 2015 65%)	8%	Auditar los archivos de gestión de los 20 grupos más relevantes que generan transferencias documentales	30%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad				20								Auditoria en Archivos de Gestión	Sumatoria de grupos auditados en archivos de gestión	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
						Incrementar en 10 puntos porcentuales de cumplimiento en la organización de archivos de gestión	70%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad								80%				Procentaje de cumplimiento en la organización de archivos de gestión	Número de Grupos con Calfiación "Cumplen" en la auditoria de archivos de gestión/20) *100	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
			Identificacion de factores de riesgo que incidan en actos de corrupcion	Formular y ejecutar el plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano	7%	Formular el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Mecanismos para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo,estrategia antitrámites, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	40%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas Ana Edith Hernández - Gestión a Usuarios Luis Eduardo Martinez - Grupo Área Sistemas	Tareas Especificas		1									Formulación Plan Anticorrupción 2016	Plan de Anticorrpución 2016 formulado con participación en el proceso	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Ejecutar el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	60%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas Ana Edith Hernández - Gestión a Usuarios Luis Eduardo Martinez - Grupo Área Sistemas	Productividad				100%			100%			100%	Porcentaje de avance en la ejecución del Plan Anticorrupción 2016	Resultado Calificación Plan Anticorrupción con corte en el cuatrimestre	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

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:	2016
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION 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	EJECUCIÓN Análisis	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	SEGUIMIENTO Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión de imagen corporativa	Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de la información	Implementar 5 proyectos de tecnología de la información (Inteligencia de negocios, central de llamadas y telefonía, actualización de SAP, archiving de SAP e Historias.	Terminar la 1 Fase de los proyectos iniciados	10%	Terminar Fase I del proyecto para el manejo de historias laborales electrónicas (fases)	50%	Helena Bautista Rosa María Rodríguez	Tareas Específicas									50%			100%	1 Fase Proyecto de digitalización para las historias laborales	1 Fase Proyecto de digitalización para las historias laborales aprobado por el comité de archivo	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
						Terminar Fase I del proyecto para el manejo de historias clínicas (fases)	50%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Específicas									50%			100%	1 Fase Proyecto de digitalización para las historias clínicas	1 Fase Proyecto de digitalización para las historias clínicas aprobado por el comité de archivo e historias clínicas	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
				Capacitar en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 Componente Modulo de archivística	7%	Realizar Capacitaciones en la nueva versión de la plataforma de Siapinc4 - Componente Modulo de archivística	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Productividad												100%	Porcentaje de Capacitaciones Realizadas	Capacitaciones Realizadasen Módulo de Archivística / Total de Capacitaciones programadas	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
			Porcentaje de cumplimiento de la estrategia de Gobierno en Línea 85%	Implementar un modelo de certificación digital que facilite al INC el proceso de la administración de la evidencia generada por el servicio CertiMail para Mejorar la integración con otras entidades del gobierno. **Sujeto a recursos**	7%	Presentar y aprobar el modelo de certificación digital de correo electrónico certificado con validez jurídica y probatoria, para envío de notificaciones certificadas y demás documentos que se generen con naturaleza electrónica	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Específicas						1								Aprobación Modelo de certificación digital CertiMail	Modelo de certificación digital CertiMail presentado	Eficacia	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia				
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	7%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GAD	Proceso GAD con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoría de Calidad				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	7%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GAD	(Numero de indicadores de proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoría de Planeación y Sistemas				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GAD	(Numero de indicadores POA, proceso GAD con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GAD programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoría de Planeación y Sistemas				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GAD	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GAD) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GAD + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GAD) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoría de Calidad				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual	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	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión	20%	Juan José Pérez - Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GAD	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GAD / Total de contratos asignados al proceso GAD para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

VISIÓN:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerologia 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:**	2016
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	**VERSIÓN:**	1
PROCESO:	Gestión de Archivo y Documental	**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION 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	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	Análisis
				Fortalecer el plan de capacitación. Dar continuidad a los proyectos de aprendizaje en equipo del INC	5%	Cumplir al 100% con la ejecución del proyecto de aprendizaje en equipo (PAE) que aplique	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Proyectos especiales											100%	Porcentaje de ejecución de PAE que aplique al proceso GAD	(Número de actividades del PAE proceso GAD realizadas en la vigencia / Total de actividades programadas en el PAE proceso GAD para ejecutar en la vigencia) * 100	Eficacia	Lider PAE				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	3%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	100%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Tareas Especificas											1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios, proceso GAD	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GAD	Eficacia	Lia Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	5%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestion de la Calidad y Obligatorio de Garantia de Calidad (linea base 80%)	50%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad											85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GAD	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAD / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAD) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Linea base 67%)	50%	Helena Bautista - Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Calidad											75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GAD	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GAD / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GAD) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				

VIDA HELENA BAUTISTA
Coordinadora Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia

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

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
VERSIÓN:	02
VIGENCIA:	25-03-2015
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.
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	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente el uso adecuado de los recursos necesarios para el funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

VIGENCIA DEL POA:	2016
VERSIÓN:	1
PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso) Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO (Of. Planeación) % Avance obtenido	Análisis
		Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Fortalecimiento del control del gasto	14%	Medir el porcentaje de gastos no programados y presentar al comité de seguimiento financiero.	50%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos	0.5%	1,0%	1.5%	2,0%	2.5%	3,0%	3.5%	4,0%	4.5%	5,0%	5.5%	6,0%	Porcentaje de gastos no programados en funcionamiento	Valor traslados por funcionamiento / Valor apropiado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto				
									Optimización De Recursos	0.5%	1,0%	1.5%	2,0%	2.5%	3,0%	3.5%	4,0%	4.5%	5,0%	5.5%	6,0%	Porcentaje de gastos no programados en operación comercial	Valor traslados en operación comercial/ Valor apropiado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto				
									Optimización De Recursos	0.5%	1,0%	1.5%	2,0%	2.5%	3,0%	3.5%	4,0%	4.5%	5,0%	5.5%	6,0%	Porcentaje de gastos no programados en inversión	Valor traslados no programados en inversión / Valor apropiado	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Medir el porcentaje de gastos no programados y reportar al comité de apoyo de la actividad contractual.	50%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Optimización De Recursos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de Porcentaje de Ítems no programdos en el plan anual de adquisiciones inicial	Número Ítems NO programados / Total de ítems del plan anual de adquisiciones inicial	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
				Desarrollar acciones de austeridad	14%	Cumplir con los criterios normativos a nivel de gobierno con austeridad	100%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos		85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	Razonabilidad de los inventarios	Número de Ítems de inventario de elementos de consumo contados/ Número de ítems totales de inventario por almacen	Eficiencia	Lía Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
								Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Optimización De Recursos												100%	Cumplimiento del plan de austeridad componente presupuestal	Valor gestionado/Valor definido por el gobierno	Eficiencia	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera				
			Cumplir el 100% de las necesidades , ejecutando el 90% del presupuesto de gastos. PRESUPUESTO Y CONTRATACION	Mejorar el seguimiento a la ejecución presupuestal	14%	Consolidar el anteproyecto y proyecto de presupuesto	25%	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto Adriana Hernández - Oficina Asesora de Planeación	Productividad			1											Anteproyecto de presupuesto nación	Anteproyecto nación de presupuesto elaborado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto Adriana Hernandez - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
																				1		Proyecto de presupuesto	Proyecto de presupuesto empresa elaborado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto Adriana Hernandez - Oficina Asesora de Planeación y Sistemas				
						Elaborar y enviar a los supervisores, informe mensual sobre ejecución de los contratos	15%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Informe de ejecución de los contratos	Un informe de ejecución de los contratos, elaborado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto				
						Elaborar y enviar a los supervisores, informe mensual sobre oportunidad en el trámite de las facturas	11%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas		10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	10 dias	Oportunidad en el trámite de las facturas	Sumatoria (fecha de entrega central de cuentas - Fecha radicación de factura Correspondencia) / Total de facturas recibidas en el mes	Eficacia	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera				
											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	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera				
						Hacer seguimiento a la ejecución presupuestal	25%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas												<=90%	Porcentaje ejecución por concepto de gasto	Valor ejecutado / Valor apropiado	Eficacia	Yaneth Gil - Grupo Presupuesto				
						Ejecutar el plan anual de adquisiciones inicial de acuerdo con el cronograma	12%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			10%			50%			100%				Porcentaje de Item Adjudicados	{Número de Ítems adjudicados en comité}{Número de Ítems plasmados en el Plan de dquisiciones	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Ejecutar el plan anual de adquisiciones no programados de acuerdo con el cronograma	12%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas						100%			100%			100%	Porcentaje de Item Adjudicados no programados	{Número de Ítems adjudicados no programados en comité}{Número de Ítems plasmados en el Plan de adquisiciones no programados en el periodo	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				

era

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 Gasto	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente el uso adecuado de los recursos necesarios para el funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera		

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos apoyo	Gestión financi	Mejorar la ejecución presupuestal	Garantizar la provisión del 100% de las necesidades dentro del término establecido. CONTRATACION	Mejorar la oportunidad de ejecución del plan de compras	14%	Definir y concertar con las áreas técnicas el cronograma del plan anual de adquisiciones	30%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	1 plan 2016											1 plan 2017 versión 1	Plan anual de adquisiciones	Dos planes anual de adquisiciones aprobado y publicado (2016 y 2017)	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
						Controlar la oportunidad de ejecución del plan anual de adquisiciones a traves de los procesos de selección (convocatoria pública, invitación a cotizar y contratación directa)	35%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	10 días calendario	Oportunidad en la elaboración de los procesos de selección del plan anual de adquisiciones	Sumantoria de la diferencia de días calendario trascurridos entre la fecha de radicación del Grupo de Compras y la entrega a la subdirección administrativa de los terminos de condiciones / Total de procesos de selección	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los terminos establecidos en el plan anual de adquisiciones para la elaboración de los procesos de selección(Convocatoria Pública, Invitación a Cotizar y Contratación Directa)	35%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de entrega a la Subdirección Administrativa de los procesos de selección	Procesos del plan anual de adquisiones inicial tramitados en el mes según cronograma /total de procesos recibidos del plan anual de adquisiciones inicial según cronograma	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
				Revisar y mejorar el proceso de contratación	14%	Cumplir con los terminos establecidos para la elaboración de los contratos	15%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	4 días calendario	Oportunidad en la elaboración de los contratos desde el reparto	Sumatoria de la diferencia de los días transcurridos entre la fecha de reparto hasta la fecha de elaboración / Total de contratos elaborados	Eficacia	Diana Cuervo - Grupo Conratación, Supervición e Interventoría				
						Cumplir con los terminos establecidos para la legalización de los contratos y notificación a los supervisores	15%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas		14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	14 días calendario	Oportunidad en la legalización de los contratos y notificación a los supervisores	Sumatoria de la diferencia de los días transcurridos entre la fecha de elaboración hasta la notificación a los supervisores / Total de contratos notificados	Eficacia	Diana Cuervo - Grupo Conratación, Supervición e Interventoría				
						Cumplir con los terminos establecidos para la liquidación o elaboracion de la certificación de igresos vs pagos de los contratos	15%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			50%			70%			90%			100%	Proporción de Contratos con liquidación y certificación (Ingresos vs pagos)	{Número de contratos liquidados y certificados (Ingresos vs pagos)} / {No. contratos celebrados durante la vigencia anterior que requieren liquidacón o certificación}	Eficacia	Diana Cuervo - Grupo Conratación, Supervición e Interventoría				
						Cumplir oportunamente con los reportes a cargo del área de gestión contratación	15%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de reportes del área de gestión contractual elaborados oportunamente	(Número de reportes del periodo elaborados dentro de los terminos establecidos / Total de reportes a elaborar en el periodo)	Eficacia	Diana Cuervo - Grupo Conratación, Supervición e Interventoría / Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual / Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Presentar una propuesta que contribuya al mejoramiento del procedimiento de gestión contractual.	7,5%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas	1												Propuesta de propuesta que contribuya al mejoramiento del procedimiento de gestión contractual.	Documento entregado a subdirección general de la gestión administrativa y financiera	Eficiencia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
						Ejecutar el plan de mejora en lo concerniente al grupo área	7,5%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas												100%	Porcentaje de ejeción del plan de mejora	Número de acciones ejecutadas del plan de mejora/Total de actividades del plan de mejora	Eficiencia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
						Actualizar el procedimiento para la gestión contractual	10%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas									100%				Procedimiento para la gestión contractual actualizado	Versión actualizada en el SIAPINC4 del procedimiento para la gestión contractual	Eficiencia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
						Realizar esquema de seguimiento periódicos a la supervisión e interventoría del 100% de los contratos	15%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Específicas			100%			100%			100%			100%	Reporte de oportunidad en la entrega de informes de supervisión	Número Informes entregados por supervisores / Número Contratos notificados a supervisores y con ejecución	Eficacia	Diana Cuervo - Grupo Conratación, Supervición e Interventoría				

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL
PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL

CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
VERSIÓN:	02
VIGENCIA:	25-03-2015
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.
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	Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente el uso adecuado de los recursos necesarios para el funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

VIGENCIA DEL POA:	2016
VERSIÓN:	1
PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISO	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACIÓN 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso) Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO (Of. Planeación) % Avance obtenido	Análisis
	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	5%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GDG	Proceso GDG con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	10%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	20%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GDG	(Numero de indicadores de proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	20%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GDG	(Numero de indicadores POA, proceso GDG con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GDG programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	20%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GDG	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GDG) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GDG + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GDG) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Rubia Cárdenas - Coordinadora Grupo Área Gestión Contractual	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 Items definidos para el proceso GDG) * 100	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Juan José Pérez - Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GDG	(Número de contratos con informme de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GDG / Total de contratos asignados al proceso GDG para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
				Fortalecer el plan de capacitación. Dar continuidad a los proyectos de aprendizaje en equipo del INC	5%	Cumplir al 100% con la ejecución del proyecto de aprendizaje en equipo (PAE) que aplique	100%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Proyectos especiales												100%	Porcentaje de ejecución de PAE que aplique al proceso GDG	(Número de actividades del PAE que aplique al proceso GDG realizadas en la vigencia / Total de actividades programadas en el PAE que aplique al proceso GDG para ejecutar en la vigencia) * 100	Eficacia	Líder de PAE				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	5%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación fisica de las áreas	100%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso GDG	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GDG	Eficacia	Lía Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	5%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GDG	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GDG / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GDG) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (LÍnea base 67%)	50%	Mario Moreno - Coordinador Grupo Área Gestión Financiera	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GDG	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GDG / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GDG) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				

MARIO MORENO
Coordinador Grupo Área Gestión Financiera

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

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.		
MISIÓN:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VIGENCIA DEL POA:	2016
PROCESO:	Gestión Contable		
OBJETIVO DEL PROCESO:	Generar información contable y de costos de forma oportuna, confiable, relevante y objetiva a los clientes internos y externos, además de actualizar y registrar oportunamente los activos fijos de todas las áreas del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	VERSIÓN:	1
LIDER POA	Coordinador Grupo de Contabilidad y Costos	PERIDO DE EVALUACIÓN:	

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	Análisis
ara el desarrollo de procesos apoyo	sión de imagen corporativa	Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Desarrollo de un sistema de costos por unidad estratégica de negocio	26%	Realizar el diagnóstico y propuesta del sistema SAP de costos, con variables de mercadeo y productividad y aplicable a unidades organizacionales	20%	Mario Moreno / Adriana Hernandez	Tareas Específicas			1										Diagnóstico del sistema SAP de costos	Informe -diagnóstico del sistema SAP de costos	Eficacia	Juan Ricardo Deaza				
						Obtener capacitación en tema de costos generales ABC, costos en salud, y manejo de costos en SAP a los funcionarios involucrados en el proceso	20%	Mario Moreno / Adriana Hernandez	Tareas Específicas						100%							Capacitación en tema de costos generales ABC, costos en salud, y manejo de costos en SAP	Número de capacitaciones en tema de costos, realizadas / Número de capacitaciones en tema de costosplaneadas	Eficacia	Juan Ricardo Deaza				
						Realizar la parametrización del módulo de Costos de SAP con las variables actualizadas al 2015 e Implementar el modulo, con el acompañamiento de la consultoria del proveedor	30%	Mario Moreno / Adriana Hernandez	Optimización De Recursos												100%	Porcentaje de parametrizacion modulos de Costos en SAP	Número de actividades de parametrizacion modulos de Costos en SAP realizadas / Número total de actividades que conforman la parametrizacion modulos de Costos en SAP	Eficacia	Juan Ricardo Deaza				
						Generar informes de costos para las unidades funcionales y/o centros de costos, generando retroalimentación a los hallazgos que haya lugar.	30%	Mario Moreno / Adriana Hernandez	Optimización De Recursos												1	Informe de Costos	Informe consolidado de costos que incluya todas los centros de costos	Eficacia	Juan Ricardo Deaza				
			Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	5%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Lía Alvarez	Tareas Específicas												1	Cerrtificación del inventario institucional	Reporte de actualización de los Inventarios institucional anual	Eficacia	Lía Alvarez				
		Garantizar total transparencia en el actuar institucional.	Índice de transparecia empresarial aplicada al sector público mínimo en 60%	Seguimiento y toma de acciones para el mantenimiento o mejoramiento de los índices satisfactorios de transparencia y moralización	25%	Generar información contable de forma oportuna y en los tiempos establecidos por la normatividad vigente (GCO-IND-07), se implementara memorando de solicitud de información a las distintas áreas, que alimentan los informes periódicos bajo cronograma específico.	12%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de Informes Generados	Número de Informes Generados * 100 / Total de Informes Solicitados	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				
						Realizar seguimiento a los informes de revisoría fiscal	12%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad	1			1			1			1			Seguimiento a informes de revisoría fiscal	Número de actas de seguimiento a informes de revisoría fiscal	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				
						Elaborar y tramitar las declaraciones tributarias establecidas por la normatividad vigente	16%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de declaraciones presentadas	Número de declaraciones presentadas * 100 / Total de declaraciones requeridas	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				
						Obtener un dictamen de la revisoría fiscal sin salvedades (Sin salvedad 100%, con 1 salvedad 80% con 2 salvedades 60%, mas de 2 salvedades 50%)	20%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Tareas Específicas			100%										Informe de dictamen sin salvedad	Número de dictamen sin salvedad en el periodo	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				
						Adoptar la normas NIIF de acuerdo a la resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación y demás normas vigentes	20%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Tareas Específicas			1			1			1			1	Seguimiento a la implementación normas NIIF ante los entes reguladores	Informe de seguimiento a implementación de normas NIIF	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				
						Implementación de NIIF en el sistema de información SAP	20%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Tareas Específicas			100%										Porcentaje de implementación de la norma NIIF en SAP	Número de actividades realizadas para implementación normas NIIF en SAP / Número total de actividades que conforman la implementación normas NIIF en SAP	Eficacia	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015

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:**	2016
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 información contable y de costos de forma oportuna, confiable, relevante y objetiva a los clientes internos y externos, además de actualizar y registrar oportunamente los activos fijos de todas las áreas del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Coordinador Grupo de Contabilidad y Costos		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCION Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	Análisis
Objetivos p	Ge	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	7%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GCO	Proceso GCO con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	21%	Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCO	(Numero de indicadores de proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCO	(Numero de indicadores POA, proceso GCO con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCO programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GCO	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GCO) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GCO + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GCO) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GCO entregados oportunamente) / (Número total de items definidos para el proceso GCO) * 100	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Juan José Pérez - Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría), proceso GCO	(Número de contratos con inforrme de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GCO / Total de contratos asignados al proceso GCO para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	5%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Tareas Especificas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso GCO	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GCO	Eficacia	Lía Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	11%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad													85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GCO	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCO / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCO) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoria de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Ana Nancy CameloV. Coordinador Grupo contabilidad	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCO	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCO / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCO) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoria de Planeación y Sistemas				

ANA NANCY CAMELO
Coordinador Grupo de Contabilidad y Costos

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 Comercial y del Ingreso	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Mejorar la oportunidad en la atención de pacientes institucionales	Oportunidad en el inicio de tratamiento desde la consulta de primera vez en el Instituto máximo en 30 días	Mejorar la gestión institucional frente a los aseguradores (autorizaciones)	8%	Implementar el proyecto de autorizaciones	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Proyectos especiales			75%			90%						95%	Porcentaje de implementación proyecto de autorizaciones (fase 1)	Acciones realizadas/acciones planeadas	Eficacia	Subdirector Administrativo y Financiero Coordinador Grupo Facturación				
										100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de autorizaciones gestionadas	Número de autorizaciones gestionadas / Total de autorizaciones requeridas	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
										100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Oportunidad de trámite de la autorización ante la ERP	∑(Día tramitado ante la ERP - Día de orden medica) / Total de autorizaciones solicitadas en el mes	Efectividad	Coordinador Grupo Facturación				
		Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación	Revisar los modelos de contratación con aseguradores	8%	Actualizar y obtener aprobación de las minutas institucionales	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad			1										Minutas ajustadas	Documento aprobatorio institucional de las minutas	Eficiencia	Coordinador Grupo Mercadeo				
						Gestionar el 100% de los procesos de contratación para la venta de servicios	50%					100%			100%			100%			100%	Porcentaje de contratos gestionados	Contratos gestionados / Contratos que se vencen en el trimestre (viables y vigentes)	Eficiencia	Coordinador Grupo Mercadeo				
				Mejorar la oportunidad de la facturación que ofrece el Instituto partiendo de la linea base Oportunidad y rapidez en la facturación de cada uno de los servicios que ofrece el Instituto	2%	Hacer seguimiento a la opotunidad de los soportes de la facturación	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de reportes de facturación	Número de facturas soportadas debidamente / Número de facturas generadas	Eficiencia	Coordinador Grupo Facturación				
				Tener 3 puntos de facturación integral Centralizar por lo menos tres puntos de facturación integral para facilitar los trámites de paciente.	2%	Tener para el 2016 dos puntos de facturacion integral	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad						1						1	Puntos de facturación integraies centralizados	Número de puntos de facturación implementados	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
		Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener un recaudo anual con un incremento del IPC más 1 punto	Realizar gestión de cobro para recaudar el 100% de la meta propuesta	8%	Recaudar $152.321.000.000 para la vigencia 2016 correspondiente a prestación de servicios de salud	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad												100%	Cumplimiento de metas de recaudo	(Ingreso acumulado por recaudo / Valor total meta fijada para la vigencia) * 100	Eficacia	Profesional Cartera				
				Busqueda de fuentes alternas de financiación	2%	Reportar el indicador de recaudo de fuentes alternas por rendimientos financieros	50%	Coordinador Grupo Area Gestión Financiera Asesor de Cooperación Internacional	Tareas Específicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Reporte de indicador de rendimientos financieros	Rendimientos financieros recaudados / Total rendimientos financieros presupuestados	Eficacia	Coordinador Grupo Tesorería				
						Gestionar los ingresos por fuentes alternas, diferentes a recursos Nación y ventas de servicios en salud	50%	Coordinador Grupo Area Gestión Financiera	Tareas Específicas												≥ 15%	Porcentaje de ingresos por fuentes alternas, diferentes a recursos Nación y ventas de servicios en salud	Total recaudo -APN-VSS) / Total ingresos	Eficacia	Coordinador Grupo Tesorería				
						Facturar $183.732.000.000 para la vigencia 2016	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad												100%	Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación	{Valor total facturado en el periodo}/{Total meta de facturación mensual}	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 y del Ingreso	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
		Mejorar la sostenibilidad financiera institucional	Obtener una facturación anual con un incremento del IPC más 1 punto	Asegurar la correcta y oportuna facturación de los servicios prestados	8%	Radicar las cuentas a los clientes de acuerdo a los términos legales	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Porcentaje de radicación de cuentas mes anterior	Vlr cuentas radicadas / Vlr facturación mes anterior	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
										97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	Porcentaje de radicación de cuentas de dos meses antes	Vlr cuentas radicadas / Vlr facturación de dos meses antes	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
										100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de radicación de cuentas de tres meses antes	Vlr cuentas radicadas / Vlr facturación de tres meses antes	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
			Obtener una relación ingreso por venta de servicios hospitalarios/Costo de servicios hospitalarios de 90%	Elaboración de un plan de ventas (mercadeo)	2%	Generar la información de fatcturación año 2016 para ser comparada y analizada vs la producción	34%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Medición del plan de producción vs facturación 2016	Informe mensual de medición del plan de producción vs facturación 2016	Eficacia	Profesional Especialializado Gestión Comercial Coordinador Grupo Facturación				
						Presentar el plan de ventas del instituto 2016 ajustado y elaborar el plan 2017	33%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad		1											Plan de ventas 2016	Un plan de ventas 2016 presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
							33%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad										1		Plan de ventas 2017	Un plan de ventas 2017 presentado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
				Consolidación de un plan de producción	2%	Elaborar el plan de producción para la vigencia 2016	100%	Jefe Oficina de Planeación y Subdirector de Atención Médica y Docencia	Productividad				1									Plan de producción hospitalaria 2016	Plan de producción hospitalaria 2016 elaborado **- Estudios de Cargas y Capacidad Instalada**	Eficacia	Profesional Especialializado Gestión de la Información y Técnico Administrativo				
				Realizar la depuración del 100% de las partidas abiertas al 2015	2%	Realizar la compensación de las partidas abiertas para 2016	10%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad			25%			50%			75%			100%	Porcentaje de compensación de partidas abiertas	Número de partidas compensadas en el periodo / Número de partidas de la meta (40.000 registros)	Eficacia	Profesional de Cartera				
				Identificar errores de los parámetros de los procedimientos facturables para notificarlos y hacer seguimiento	5%	Realizar el 100% de los ajustes en la parametrización de los procedimientos		Subdirector de Atención Médica y Docencia, Subdirector Administrativo y Financiero y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad										100%		Porcentaje de correcion de errores de parametrizacion en facturación	Número de errores macro corregidos / Número de errores macro reportados *100	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
						Parametrizar el 100% de la homologacion de los procedimientos No Pos		Subdirector de Atención Médica y Docencia, Subdirector Administrativo y Financiero y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad			100%									Porcentaje homologación procedimientos No Pos	Número de homologos parametrizados/ Número de procedimientos No Pos	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
				Dar respuesta y conciliar el 100% de la glosa pendiente y mantener actualizado. Dar respuesta a al 100% de la	5%	Gestionar la conciliación de la glosa antigua reiterada en un 100% del valor entregado al tercerizado a 31 de diciembre de 2015 **Reprogramable de acuerdo a gestión o resultados**		Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad			50%			100%							Porcentaje de conciliación efectuada espondida dentro de los terminos	Valor de glosa conciliada / Valor de glosa reiterada a mayo 2013 total entregada para conciliación	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 y del Ingreso	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes			glosa pendiente a 2014 y vigencia 2015		Gestionar la conciliación de la glosa nueva reiterada		Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad			25%			50%			75%			100%	Porcentaje de glosa gestionada y conciliada	Glosa reiterada gestionada y conciliada / Total de la glosa reiterada	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				
		Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	Implementar las seis (06) líneas de acción definidas en el plan de mercadeo	Implementación de plan de ejecutivos de cuenta (encargados de ERP específicas)	2%	Medir cumplimiento de actividades de ejecutivos de cuenta encargados de ERP específicas	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Cumplimiento de actividades	Actividades realizadas / Actividades Programadas	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso				
				Desarrollar un plan de visitas	2%	Proyectar y ejecutar el plan de visitas en un 100% al 30 de noviembre de 2016 **Sujeto a disponibilidad de recurso y viabilidad por austeridad**	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Tareas Específicas		1												Plan de visitas	Un plan de visitas proyectado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
									Productividad											100%		Porcentaje de ejecución del plan de visitas	(Número de visitas realizadas en el periodo / Total de visitas programadas en el periodo)*100	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
				Desarrollar y entregar material POP (manillas, esferos, papeles, llaveros) a ERP.	2%	(Merchandising, línea de accion del plan de mercadeo) Diseñar, elaborar y entregar material POP y material merchandising para entrega a las ERP **Sujeto a disponibilidad de recurso y viabilidad por normatividad**	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Específicas											1		Material POP y merchandising	Material POP y merchandising entregado.	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
		Fortalecer la imagen institucional con el sector de aseguramiento	Implementar las seis (06) líneas de acción definidas en el plan de mercadeo	Generar Portafolio de servicios (actualizado digital y físico)	2%	Actualizar el portafolio de servicios institucional (digital y físico) a 30 de noviembre de 2016 **Sujeto a disponibilidad de recurso**	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Específicas											1		Portafolio de servicios	Portafolio de servicios actualizado y aprobado	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
				Sensibilizar y educar a las ERP sobre las ventajas en términos de los resultados de la atención integral y de los costos ligados a una atención con dichas características	2%	Implementar un plan de sensibilización y educación a las ERP	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Asesor Comunicaciones	Tareas Específicas						50%						100%	Porcentaje de implementación del plan de sensibilización y educación a las ERP	Número de fases implementadas / Total de fases que componen el plan de sensibilización y educación a las ERP	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso				
				Incorporar grupo de orientadores a usuarios	2%	Alcanzar una calificación de satisfacción por orientación al usuario del 95%	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Proyectos especiales		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Grado de satisfacción de orientación al usuario	No. de usuarios satifecchos con la atención / No. de usuarios con indagados como satisfechos con la orientación	Eficacia	Coordinador Grupo Gestión a Usuarios				
			Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial.	Mejorar la imagen y fortalecer la percepción de nuestros clientes (ERP); para alcanzar un 95% de satisfacción desde el punto de vista del área comercial	3%	Incrementar en tres (3) puntos sobre la Línea base (87%) la satisfacción de ERP	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad						≥ 90%					≥ 90%		Porcentaje de satisfacción de ERP	Total entidades satisfechas / Total entidades encuestadas de acuerdo al periodo contractual	Eficiencia	Coordinador Grupo Mercadeo				
						Revisar y actualizar la encuesta para medir la satisfacción de las ERP	50%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad			X										Encuesta actualizada y aprobada	Encuesta actualizada	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 y del Ingreso	VERSIÓN:	1
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
			Generar y aplicar ranking al 80% de las entidades contratadas	Generar y aplicar ranking al 80% de las entidades contratadas	3%	Elaborar el ranking al 100% de las entidades contratadas	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Tareas Específicas			100%			100%			100%		100%	Porcentaje de entidades contratadas con medición de ranking	Número de entidades contratadas con medición de Ranking / Número de entidades contratadas	Efectividad	Coordinador Grupo Mercadeo				
			Realizar la incorporación en plan de mercadeo de seis (6) servicios innovadores.	Definir y desarrollar 6 unidades o productos de negocio especiales(incluye paquetes)	5%	Incluir en la contratación con ERP dos (2) unidades, productos o paquetes definidos	100%	Subdirector de Atención Médica y Docencia, y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Productividad										2		Oferta de unidades, productos o paquetes definidos	Número de unidades, productos o paquetes ofertados	Eficacia	Coordinador Grupo Mercadeo				
		Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	5%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad											1		Actualización del mapa de riesgos del proceso GCI	Proceso GCI con mapa de riesgos actualizado	Eficacia	Profesional Gestor de Calidad Subdirección Administrativa, Coordinador Grupo Facturación Coordinador Grupo Mercadeo Profesional de Cartera				
				Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	12%	Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad											100%		Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GCI	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GCI) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GCI + Número de acciones de mejoramiento cerradas proceso GCI) * 100	Eficacia	Profesional Gestor de Calidad Subdirección Administrativa, Coordinador Grupo Facturación Coordinador Grupo Mercadeo Profesional de Cartera				
						Registrar la información de indicadores del proceso en el periodo establecido	15%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad				100%			100%			100%		100% preliminar	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GCI	(Numero de indicadores de proceso GCI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GCI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especialializado Técnico Administrativo de Gestión de la Información, Coordinador Grupo Facturación Coordinador Grupo				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad				100%			100%			100%		100% preliminar	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GCI	(Numero de indicadores POA, proceso GCI con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GCI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Especializado y Técnico Planeación Coordinador Grupo Facturación Coordinador Grupo Mercadeo Profesional de Cartera				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Coordinador Grupo Area Gestion Contractual	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GCI, entregados oportunamente	No. De estudios previos del proceso GCI entregados oportunamente / No total de items definidos para el proceso x100	Eficacia	Profesional de Cartera Coordinador Grupo Facturación				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso y Coordinador Grupo Area Gestion Contractual	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e Interventoría) proceso GCI	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GCI / Total de contratos asignados al proceso GCI para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Profesional de Cartera Coordinador Grupo Facturación				

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:	2016
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 Comercial y del Ingreso	PERIDO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.		
LIDER POA	Coordinador Grupo Área Gestión Comercial		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	ESTRATEGIAS	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN (Líder de proceso)		SEGUIMIENTO (Of. Planeación)	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
				Reportar el 100% de las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	2%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Coordinador GrupoAlmacen y Activos Fijos y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Tareas Especificas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios, proceso GCI	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GCI	Eficacia	Coordinador Grupo Facturación Coordinador Grupo Mercadeo Profesional de Cartera				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	4%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Asesor de Calidad y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, proceso GCI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Jefe Oficina de Planeación y Coordinador Grupo área Gestión Comercial y del Ingreso	Calidad												75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GCI	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GCI / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GCI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Area Gestión Comercial y del Ingreso				

AMANDA TRUJILLO PACHECO
Coordinadora Grupo Área Gestión Comercial

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

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-02
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	VIGENCIA:	25-03-2015
		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:**	2016
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 la Tecnología	**VERSIÓN:**	1
OBJETIVO DEL	Brindar orientación estratégica para acceder y mantener tecnología apropiada en salud de acuerdo con las necesidades institucionales; que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.	**PERIDO DE EVALUACIÓN:**	
LIDER POA	Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera		

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	INDICADOR NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)	TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN Resultado del Indicador	Análisis	SEGUIMIENTO % Avance obtenido	Análisis
		Mejorar la integración e infraestructura de las tecnologías de información	Porcentaje cumplimiento de la estrategia de gobierno en línea 85%	Ejecutar plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información	2%	Cumplir con el plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad												100%	Porcentaje de cumplimiento plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente	[Número de Estrategias cumplidas del plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente/ Número total de estrategias programadas del plan de acción para gobierno en línea de tecnologías de la información para el año vigente]*100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
			Implementar cinco (5) proyectos de tecnologías de información (Inteligencia de negocios, central de llamadas y telefonía, actualización de SAP, archiving de SAP e historias laborales).	Implementar al 100% la segunda fase del proyecto (Telefonía Unificada)	7%	Etapa-2_Cableado_Instalacion Terminar etapa 2 Instalación de cableado.	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						100%							Porcentaje de avance etapa cableado instalación proyecto telefonía unificada	[Número actividades ejecutadas de la etapa cableado instalación proyecto telefonía unificada /Número actividades programadas de la etapa cableado instalación proyecto telefonía unificada]*100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Etapa-2_Equipos Telefónicos Terminar etapa 2 Instalación de Teléfonos	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad									100%				Porcentaje de avance etapa equipos telefónicos y PBX proyecto telefonía unificada	[Número actividades ejecutadas de la etapa equipos telefónicos y PBX proyecto telefonía unificada/Número actividades programadas de la etapa equipos telefónicos y PBX proyecto telefonía unificada]*100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Implementar al 100% el Proyecto 3 (implementación NIIF)	7%	NIIF - Implementación	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad		50%		50%									Porcentaje de avance Implementación Propuesta NIIF	[Número actividades ejecutadas avance Implementación Propuesta NIIF /Número actividades programadas avance Implementación Propuesta NIIF]*100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Realizar al Integración SAP - Varian	4%	Etapa Precontractual	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						1						Documento estudios previos Integración SAP - Varian	Documento estudios previos Integración SAP - Varian	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Implementación de Integración SAP - Varian	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad												100%	Porcentaje de avance Implementación de Integración SAP - Varian	Número actividades ejecutadas avance Implementación Integración SAP - Varian /Número actividades programadas de Integración SAP - Varian *100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Implementar el Sistema Biométrico Control Acceso	6%	Etapa Precontractual	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						1						Documento estudios previos de Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso	Documento estudios previos de Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad												100%	Porcentaje de avance Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso	Número actividades ejecutadas avance Implementación del Sistema Biométrico Control Acceso /Número actividades programadas del Sistema Biométrico Control Acceso *100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Evaluar el Diagnóstico de software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio	2%	Documento evaluación necesidad del software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio	100%	/ Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas						1						Documento Evaluación de necesidades del software de Patología	Documento evaluación de necesidades del software de Patología de acuerdo al plan de optimización del servicio	Eficacia	/ Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Realizar estudio de FASE I Proyecto BI	4%	Etapa Precontractual	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						1						Documento estudios previos publicados de estudio FASE I Proyecto BI	Documento estudios previos publicados del estudio FASE I Proyecto BI	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Definir el alcance - Requisitos, especificaciones técnicas y cuantificación para la implementación de BI	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad												1	Documento estudio de FASE I Proyecto BI	Documento estudio de FASE I Proyecto BI	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACIÓN												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Gestión de la tecnología		Disponibilidad del sistema mínimo en el 98%	Garantizar la disponibilidad del sistema mínimo en 98%	6%	Realizar las actividades técnicas procurando mantener la disponibilidad de los sistemas de TI por encima del 98%	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	Disponibilidad de los Sistemas de información (5x10)	{Número de minutos disponible 5 x 10}/{Total de minutos del mes del Sistema (12000) * 100}	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
										>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	Disponibilidad de los Sistemas de información (7x24)	{Número de minutos disponible 7x24}/{Total de minutos del mes del Sistema (43200)}	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
										>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	>98%	Porcentaje de disponibilidad del sistema SAP/	{Número de minutos disponibles}/{Total de minutos del mes}	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Administrar y sostener infraestructura de tecnología Informática actual	6%	Etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas			25%			25%			50%				Porcentaje de avance etapa Pre-contractual infraestructura de tecnología Informática actual	[Número de estudios previos entregados a la Subdirección Admin-infraestructura tecnología Informática / Número total de estudios previos-infraestructura tecnología Informática totales] * 100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Ejecutar labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología informática actual.	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas	10%	10%	10%	10%	20%	10%	10%	10%	10%				Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la disponibilidad y funcionamiento de la tecnología Informática	[Número de actividades realizadas de labores técnicas en tecnología informática / Número total de actividades programadas de labores técnicas en tecnología] * 100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
				Optimizar tiempos de respuesta Plataforma SIAPINC IV y agregar funcionalidad	4%	Tiempos de respuesta	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						50%						50%	Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas a la optimización de los tiempos de respuesta Plataforma SIAPINC IV	Número actividades ejecutadas de avance tiempos de respuesta Plataforma SIAPINC IV /Número actividades programadas avance tiempos de respuesta Plataforma SIAPINC IV *100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
						Requerimientos de Funcionalidad Adicional PARA ESTUD. PREVIOS	50%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad						50%						50%	Porcentaje de avance de labores técnicas asociadas la implementación de la nueva funcionalidad Plataforma SIAPINC IV	Número actividades ejecutadas avance implementación de la nueva funcionalidad Plataforma SIAPINC IV /Número actividades programadas de la nueva funcionalidad Plataforma SIAPINC IV *100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
			Mantener actualizada la infraestructura de puestos de trabajo	Mantener actualizada la infraestructura de puestos de trabajo	4%	Etapa Instalación infraestructura TI usuario Final.	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Productividad		20%	20%	20%	20%	20%						Porcentaje avance en renovación Infraestructura TI usuario final	[Número de equipos nuevos instalados y en uso / Número total de equipos a renovar] * 100	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
			Porcentaje transacciones con tiempo de respuesta mayor a 1.500 milisegundos	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos	3%	Tiempo de respuesta Infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos (≤1500 milisegundos)	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	< 1500	Tiempo de repuesta Infraestructura SAP	Tiempo de respuesta infraestructura SAP por debajo de 1500 Milisegundos	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
			Formalizar e implementar políticas de seguridad informática	Resolución y socialización de la política	3%	Publicación y socialización de la política de seguridad informática en INC	100%	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas						100%							Resolución Política de seguridad de la información	Resolución aprobada y socializada de política de seguridad de la información	Eficacia	Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas				
			Realizar al menos 12 ejercicios de vigilancia tecnológica	Realizar al menos 12 ejercicios de vigilancia tecnológica	3%	Realizar tres (3) ejercicios de vigilancia tecnología	100%	Jairo Aguilera - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Tareas Específicas												3	Ejercicios de vigilancia tecnológica	Número de ejercicios de vigilancia tecnológica realizados y presentados en comité de gestión de tecnología	Eficacia	Jairo Aguilera - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos				
			Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología	Formalizar e implementar la política de gestión de tecnología	3%	Efectuar el despliegue de la política de gestión de tecnología en los servicios priorizados	100%	Jairo Aguilera - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos / Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Específicas												100%	Porcentaje de implementación de la política de Gestión de Tecnología	Número de servicios con implementación de la política de gestión de tecnología / Número total e servicios priorizados para implementación de la política de gestión de tecnología	Eficacia	Jairo Aguilera - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
Objetivos		Optimizar la gestión de la tecnología biomédica	Asegurar la implementación del 100% de los componentes del sistema de gestión de la tecnología biomédica en el Instituto Nacional de Cancerología y su integración con los procesos institucionales.	Asegurar la implementación del 100% de los componentes del sistema de gestión de la tecnología biomédica en el Instituto Nacional de Cancerología y su integración con los procesos institucionales.	4%	Establecer línea base de obsolescencia de los equipos biomédicos presentes en los servicios priorizados de acuerdo a los avances del Estudio de Capacidad Instalada durante 2015 y 2016.	25%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Adriana Hernandez - Of- Planeación	Productividad		50%				100%							cobertura del Índice de obsolescencia anual de la base instalada de equipamiento biomédico	% de equipos con indicador de obsolencia / Base instalada	Eficacia	Adriana Hernandez - Of- Planeación				
						Ejecutar el 100% de la adquisición de la tecnología biomédica (Macroproyecto equipo biomédicos) exceptuando externalidades	25%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Productividad										100%	Porcentaje de actividades ejecutadas del macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica	(Número de actividades ejecutadas del macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica /Total de actividades que conforman el macroproyecto en su componente adquisición de tecnología biomédica)	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
						Gestionar el 100% de las especificaciones técnicas de los equipos biomédicos, incluidos en el plan de necesidades	25%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas										100%	Porcentaje de especificaciones técnicas elaboradas	Número de especificaciones técnicas elaboradas que fueron programadas en el periodo / Número de especificaciones técnicas requeridas programadas en plan de necesidades	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
						Diseñar la metologia para la implementación del componente de prospectiva estratégica de la tecnología	25%	Jairo Aguilera - Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	Calidad										1	Prospectiva Estratégica de la Tecnología	Propuesta metodológica de implementación del componente de prospectiva estratégica de la tecnología	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
				Medir la línea de base de la disponibilidad de recurso tecnológico	3%	Establecer la línea de base de la disponibilidad de recurso tecnológico, de acuerdo a los avances del Estudio de Capacidad Instalada desarrollado durante 2015 y 2016	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Adriana Hernandez - Of- Planeación	Productividad		50%				100%							Cobertura del Índice de disponibilidad de la base instalada de equipamiento biomédico	% de equipos con indicador de disponibilidad / Base instalada	Eficacia	Adriana Hernandez - Of- Planeación				
			Garantizar la disponibilidad del recurso tecnológico biomédico en un 95% del tiempo.	Elaborar e implementar plan de mantenimiento preventivo para equipos biomédicos vigencia 2016	3%	Cumplir con el 95% Plan de Mantenimiento 2016	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Productividad			25%			50%			75%			95%	Porcentaje de implementación del Plan de Mantenimiento 2016	(Número de mantenimiento cumplidos / Total de mantenimientos planeados en la vigencia) * 100	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
				Ejecutar el programa de uso seguro de la tecnología biomédica	4%	Actualización de hojas de vida electrónicas, incluyendo los protocolos de mantenimiento preventivo al 50% de base instalada	60%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas										50%	Porcentaje de hojas de vida electrónicas actualizadas	No hojas vida actualizadas / base instalada	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
						Cumplimiento del cronograma de rutinas de verificación de equipo biomédico al 100%	20%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas			25%			50%			75%			100%	Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de mantenimiento	No de rutinas realizadas/ No de rutinas programadas en el año	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
						Cumplir con el programa de capacitación en los siete 7 servicios asistenciales en el Programa de uso seguro de la tecnología biomédica	20%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Tareas Especificas			2			1			2			2	Programa de capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica	Numero de servicios asistenciales cubiertos con capacitación en uso seguro de la tecnología biomédica	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
				Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico	3%	Implementar plan de aseguramiento metrológico para el equipamiento biomédico	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Productividad						25%			50%			100%	Porcentaje cumplimiento del plan de aseguramiento metrológico	(Número de mediciones realizadas / Total de mediciones planeadas en la vigencia) * 100	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
			Reducir la tase de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica en un 50%	Reportar el 100% de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos.	3%	Reportar y analizar el 100% de los incidentes, accidentes y eventos adversos asociados a tecnología biomédica	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Calidad			25%			50%			75%			100%	Gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnologías biomédica	Número total de Eventos adversos serios asociados al uso de dispositivos médicos gestionados/ Número total de Eventos e Incidentes adversos serios y no serios asociados al uso de dispositivos médicos reportados	Eficacia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
			Lograr que el tiempo de respuesta promedio a las solicitudes de mantenimiento correctivo se reduzca a 6 horas.	Generar estrategias para reducir los tiempos de respuesta	3%	Reducir en un 25% el tiempo de respuesta en la vigencia 2016	50%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Calidad			25%			25%			25%			25%	Porcentaje de tiempo de respuesta	Promedio de horas de respuesta / Línea base 2015 tiempo de respuesta	Eficiencia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				
						Reducir en un 25% el tiempo de resolución en la vigencia 2016	50%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica	Calidad			25%			25%			25%			25%	Porcentaje de tiempo de resolución	Promedio de horas de resolución / Línea base 2015 tiempo de resolución	Eficiencia	Mauren Lopez - Grupo Área Tecnología Biomédica				

EJE	LÍNEA	OBJETIVO INSTITUCIONAL	META PDI	ESTRATEGIA	POND.	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISO	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA (VARIABLES)			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis
	Gestión de imagen corporativa	Garantizar condiciones adecuadas de infraestructura y ambiente físico	Alcanzar una calificación de 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación.	Gestionar el tratamiento del riesgo (PMR - Plan de mejora riesgos)	4%	Actualizar mapa de riesgos del proceso	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad												1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GTE	Proceso GTE con mapa de riesgos versión 2016	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoría de Calidad				
						Registrar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	15%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores del proceso GTE	(Numero de indicadores de proceso GTE con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GTE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoría de Planeación y Sistemas				
						Registrar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	15%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad			100%			100%			100%			100%	Porcentaje de cumplimiento de cargue y análisis de indicadores POA del proceso GTE	(Numero de indicadores POA, proceso GTE con dato y análisis) / (Número total de indicadores POA, proceso GTE programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoría de Planeación y Sistemas				
						Cerrar el 100% de las acciones de planes de mejora	30%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez -	Calidad		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento del proceso GTE	(Número de acciones de mejoramiento cerradas del proceso GTE) / (Número de acciones de mejoramiento vencidas proceso GTE + Número de acciones de	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoría de Calidad				
						Cumplir al 100% con el cronograma establecido en el plan anual de adquisiciones en la entrega de estudios previos	20%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GTE entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GTE) * 100	Eficacia	Angelica Cuellar - Grupo Compras				
						Cumplir con los reportes y obligaciones de la supervisión de los contratos a cargo	20%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría), proceso GTE	(Número de contratos con informe de supervisión y/o interventoría aplicables al proceso GTE / Total de contratos asignados al proceso GTE para supervisión y/o interventoría)*100	Eficacia	Rubia Cárdenas - Grupo Área Gestión Contractual				
					3%	Reportar las novedades de inventario con respecto a la verificación física de las áreas	100%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Tareas Específicas												1	Cumplimiento en el reporte de actualización de los Inventarios del proceso GTE	Un reporte de actualización de los Inventarios del proceso GTE	Eficacia	Lía Alvarez - Grupo de Almacen y Activos Fijos				
		Fortalecer la comunicación interna	Nivel de conocimiento de planes priorizados (Plan de bienestar, plan de capacitación, PDI, Plan de Salud Ocupacional) mínimo en un 20% del total de funcionarios y colaboradores.	Contribuir al seguimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios	3%	Obtener el 85% en la calificación del examen sobre conocimientos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Obligatorio de Garantía de Calidad (línea base 80%)	50%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad												85%	Porcentaje de conocimiento del Sistema de Gestion de la Calidad, proceso GTE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTE / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTE) * 100	Eficacia	Luis Eduardo Cartagena - Asesoría de Calidad				
						Lograr el 75% en el examen de conocimientos sobre el Plan de Desarrollo Institucional (Línea base 67%)	50%	Mauren Lopez -Grupo Área Tecnología Biomédica / Luis Eduardo Martínez - Grupo Área Sistemas	Calidad										75%	Porcentaje de conocimiento sobre el PDI, proceso GTE	(Sumatoria del puntaje obtenido en cada examen de conocimientos aplicado al proceso GTE / Sumatoria del total de puntos formulados en cada examen aplicado al proceso GTE) * 100	Eficacia	Adriana Hernandez - Oficina Asesoría de Planeación y Sistemas				
Objetivos para el desarrollo de procesos misionales	Atención de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Medir y evaluar las tasas de supervivencia para las patologías seleccionadas. Tasas de supervivencia global a 1, 3 y 5 años para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino.	Implementación de clasificación pertinente y oportuna del estadio del diagnostico del paciente	3%	Cruzar la cuenta de alto costo (Diagnóstico y Estadio) con la información de SAP tomando los primeros doscientos pacientes del mes de Octubre de 2015, bajo el acompañamiento del grupo unidad de análisis, generando una línea base para el mejoramiento del registro, para tipos de cáncer de mama, colon y recto, gástrico, cuello uterino.	100%	Coordinador Grupo Área Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Área Unidad Análisis de datos Profesional Especializado Planeación Profesional Especializado Sistemas	Tareas Específicas						1					Lista de diagnóstico y estadio por paciente en gástrico, colon y recto, cuello uterino y mama	Cruce de base de datos	Eficacia	Coordinador Grupo Area Diagnóstico y Estadificación, Coordinador Grupo Área Unidad Análisis de datos Profesional Especializado Planeación Profesional Especializado Sistemas				

JUAN JOSE PÉREZ
Subdirector General de la Gestión Administrativa y Financiera

MAUREN LICED LOPEZ
Coordinador Grupo Área de la Tecnología Biomédica

LUIS EDUARDO MARTÍNEZ
Coordinador Grupo Área de Sistemas

JAIRO AGUILERA
Coordinador Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos