



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

VISION:	En 2025 el Instituto Nacional de Cancerología ESE será referente por sus logros en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer, sobre la base de la innovación y la tecnología, con un actuar ético y sostenible y con un talento humano motivado y comprometido.	VIGENCIA DEL POA:	2020
MISION:	Somos una institución del estado colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	VERSIÓN:	1
PROCESO:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	PERIODO DE EVALUACIÓN:	
OBJETIVO DEL PROCESO:	Dirigir, planificar, desarrollar, seguir, controlar y mejorar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad y satisfacción de los clientes.		
LIDER POA	Directora General		

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO				
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis			
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología y de esta manera plantear el modelo de redireccionamiento institucional que le permita el cabal cumplimiento de su misión institucional	Elaborar y presentar una propuesta de carácter normativo dirigido a definir el régimen legal del Instituto Nacional de Cancerología ESE al año 2019	Socialización de propuesta normativa en comité directivo	1%	Directora General Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Tareas Específicas														Acta de comité directivo	Acta de comité directivo	Eficacia	Asesor Jurídico Externo						
				Elaborar y presentar una propuesta normativa ante las instancias pertinentes que defina el régimen legal Instituto Nacional de Cancerología ESE al año 2019	1%	Directora General Asesor Jurídico Asesor Cooperación Internacional Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Proyectos especiales																Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes	Documento de propuesta normativa radicado ante las instancias pertinentes	Eficacia	Asesor Jurídico Externo				
Apoyo	Gestión Estratégica del Talento Humano	Atraer el mejor talento humano	Promover la política de trabajo mejor remunerado en el INC mediante la búsqueda un régimen laboral especial que reconozca las actividades de docencia, investigación y asistencia.	Elaborar y presentar al Ministerio de Salud y protección Social la política de trabajo mejor remunerado en el INC mediante la búsqueda un régimen laboral especial que reconozca las actividades de docencia, investigación y asistencia.	2%	Director General Asesor Jurídico Subdirector Administrativo y Financiero Coordinadora Grupo Área Gestión y Desarrollo de Talento Humano	Calidad														Documento elaborado y presentado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Documento elaborado y presentado ante el Ministerio de Salud y Protección Social	Eficacia	Profesional Especializado Subdirección Administrativa y Financiera						
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad														Índice de desempeño institucional a través del Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG).	Promedio de cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG	Efectividad	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
				Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente como prestador de servicios de salud de acuerdo a los estándares de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Realizar la autoevaluación de los requisitos de habilitación vigentes	2%	Asesor de Calidad Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero	Calidad															Informe de autoevaluación de acreditación	Informe de autoevaluación de acreditación	Efectividad	Asesor de Calidad				
					Realizar el plan de intervención de acreditación con base en el informe de acreditación -	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia	Calidad																Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación	(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas en el periodo)/((Total de acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo.) * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad			

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO							
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis						
				ICONTEC		Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores													100%			Porcentaje de cierre de acciones de mejora de acreditación (acumulado)	{(Número de acciones de mejora de acreditación cerradas)} / {(Total de acciones de mejora de acreditación programadas para cerrar en el periodo.)} * 100	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad								
			Fortalecer de manera continua la cultura de la calidad institucional	Alcanzar una calificación de al menos 3.5 en el cumplimiento de los estándares de acreditación institucional	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad															Presentación del INC al proceso de acreditación ante ICONTEC	Evidencia de presentación del INC al proceso de acreditación ante ICONTEC	Eficiencia	Profesional Universitario Calidad								
				Realizar seguimiento al cierre de las acciones de mejoramiento institucionales	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad															Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje acumulado de acciones de mejoramiento cerradas.	{(Número de acciones de mejora cerradas en el periodo)} / {(Total de acciones de mejora programadas para cerrar en el periodo.)} * 100	Eficiencia	Técnico Administrativo Calidad				
				Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	2%	Coordinador Grupo Area Sistemas Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Area Gestión Documental Profesional de Comunicaciones Coordinador Grupo Gestión a Usuarios Coordinador Análisis de Datos Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad															1	Procedimiento publicado y socializado	Procedimiento publicado y socializado	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
		Articular y promover la toma de decisiones a través de la gerencia del sistema de información institucional.	Actualizar y socializar el procedimiento de sistema de información institucional	Cumplir con oportunidad con los reportes normativos	2%	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec.2193 a más tardar el 30 de enero)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Res. 247 a más tardar el 30 de marzo)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes Dec. 2193 y Res. 4505 a más tarde el 30 de abril)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	100% (Res. 1552 10 primeros días de cada mes)	Porcentaje de cumplimiento en los reportes normativos de acuerdo con los estándares (De acuerdo a los periodos que exija la norma)	Número de reportes normativos entregados oportunamente / Número de reportes normativos a enviar	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas							
				Asegurar la estrategia de capacitación y apropiación en uso de SIAI	2%	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad																100%	Porcentaje de cumplimiento de capacitación de los usuarios del SIAI	{(Número de capacitaciones de SIAI realizadas área asistencial / Total de capacitaciones de SIAI programadas área asistencial)} * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora Planeación y Sistemas						
				Lograr un índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción mayor al 80%	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad																	Índice de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (Política de transparencia MIPG)	Calificación de la política de transparencia Modelo Integrado de Planeación y Gestión - FURAG	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO						
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis					
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Lograr un índice de transparencia empresarial aplicada al sector público mínimo del 80%	Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad	Min. 80 Est. 95 Max. 100												Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2015-2018	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2015-2018	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas									
			Actualizar planes transversales	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad										100%		Planes, programas, y proyectos actualizados	Número planes, programas, proyectos actualizados / Total de planes, programas y proyectos institucionales	Eficacia	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas											
			Medir el impacto de la gestión de proyectos a nivel institucional	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad			Min. 70% Est. 85% Max. 100%				Min. 70% Est. 85% Max. 100%			Min. 70% Est. 85% Max. 100%		Min. 70% Est. 85% Max. 100%	Porcentaje de cumplimiento de la gestión de proyectos	(Promedio de cumplimiento actividades + Promedio ejecución presupuesta) *100	Eficacia	Profesional Especializado Planeación (Proyectos)										
		Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad														100%	Porcentaje de implementación del sistema de gestión basado en riesgos	(Número de actividades realizadas del sistema de gestión basado en riesgos de acuerdo al procedimiento de gestión de riesgos/Total de actividades del procedimiento de gestión de riesgos)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas								
			Identificar por lo menos un riesgo por cada paquete instruccional	2%	Referente seguridad del Paciente Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Calidad						1									Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional	Matriz de riesgos de seguridad del paciente según metodología institucional	Eficacia	Referente Seguridad del Paciente								
		Gestionar (actualizar, evaluar, tratar y hacer seguimiento) el 100% de los riesgos institucionales de proceso, de corrupción y de seguridad de la información	Realizar seguimiento a los riesgos institucionales tratados	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad							Min. 70% Est. 80% Máx. 100%							Min. 70% Est. 80% Max. 100%	Min. 70% Est. 80% Max. 100%	Proporción de riesgos tratados en el INC	{Número total de Riesgos Tratados en el INC en el periodo} / {Número total de Riesgos Identificados en el INC en el mismo periodo} *100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas							
		Cumplir al 100% anual el programa de auditoría interna basada en riesgo	Realizar las auditorías internas y seguimientos	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores																Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Máx. 100%	Min. 90% Est. 95% Max. 100%	Min. 90% Est. 95% Max. 100%	Porcentaje de ejecución de auditorías internas y seguimientos.	{Número de auditorías internas y seguimientos ejecutados en el periodo} / {Número Total de auditorías internas y seguimientos programados en el periodo} *100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno				

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO					
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis				
Dirección	Gestión de Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Ejecutar el 100% del plan de protección del riesgo jurídico institucional	Ejecutar el plan de protección del riesgo jurídico institucional	2%	Asesor Jurídico	Calidad													Plan de protección del riesgo jurídico institucional presentado y aprobado	(Número de actividades ejecutadas del plan de protección del riesgo jurídico del periodo / Total de actividades programadas del pplan de protección del riesgo jurídico para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Jurídico								
			Ejecutar el 100% el plan de gestión de control interno disciplinario	Ejecutar el plan de gestión de control interno disciplinario	2%	Asesor Control Interno Disciplinario	Calidad														Plan de gestión de control interno disciplinario presentado y aprobado	(Número de actividades ejecutadas plan de gestión de control interno disciplinario del periodo / Total de actividades programadas del plan de gestión de control interno disciplinario para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor Control Interno Disciplinario							
		Promover la atención humanizada para los pacientes, cuidadores, funcionarios y colaboradores.	Cumplir al 100% el plan de gestión de humanización	Cumplir al 100% el plan de humanización	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Asesor de Calidad Referente de Humanización del INC	Calidad			100%									100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de humanización	(Número de actividades ejecutadas del programa de humanización para el periodo/Total de actividades programadas del programa de humanización para el periodo)*100	Eficacia	Referente de humanización del INC								
	Imagen Corporativa	Desarrollar el plan de responsabilidad social	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	Cumplir el plan de responsabilidad social al 100%	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Asesor de Calidad	Calidad													Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cumplimiento del plan de responsabilidad social	(Número de actividades ejecutadas del plan de responsabilidad social / Total de actividades programadas del plan de responsabilidad social)*100	Eficacia	Asesor de Calidad				
								Implementar en el instituto, la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad mínimo en un 60% (señalización y medios de comunicación)	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad															30%	Porcentaje de implementación de la comunicación asequible para la población en condición de discapacidad - acumulativo	(Número de actividades ejecutadas de comunicación asequible / Número de actividades programadas de comunicación asequible para población en condición de discapacidad)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones	
		Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Aumentar el impacto en medios masivos mínimo en un 30%	Realizar ahorro en prensa gratis más que el año inmediatamente anterior	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad														>=30%	Ahorro en prensa gratis 30% más que el año inmediatamente anterior	((ahorro en prensa del año actual - ahorro en prensa del año anterior) / ahorro en prensa del año anterior)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones						
				Realizar seguimiento a la figuración general den medios de comunicación	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	>=63 menciones	Promedio de figuración general en medios de comunicación	Número de menciones en medios de comunicación	Eficacia	Profesional de Comunicaciones						
			Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones	Calidad															Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Min. 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de uso de canales de comunicación	(Número de pacientes o familiares que usan los canales formales internos / Número de pacientes o familiares a los que se aplico la encuesta)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO					
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis				
Dirección	Imagen Corporativa	Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Nivel de uso de canales internos de comunicación mínimo el 80%	Medir la cobertura en el uso de los canales formales internos de comunicación	2%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas Profesional de comunicaciones													Min. 80% Est. 90% Máx.100%		Porcentaje de uso de los canales formales internos de comunicación en funcionarios y colaboradores	(Número de funcionarios y colaboradores que usan los canales formales internos / Número de funcionarios y colaboradores a los que se aplico la encuesta)*100	Eficacia	Profesional de Comunicaciones							
			Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	Ejecutar el plan de cooperación aprobado para la vigencia	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Calidad															Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado	Plan de cooperación internacional elaborado y aprobado	Eficacia	Asesor cooperación internacional						
		Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	Ejecutar el plan de cooperación aprobado para la vigencia	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Calidad			100%				100%									Porcentaje de ejecución del plan de cooperación	(Número de actividades ejecutadas del plan de cooperación / Total de actividades programadas para la vigencia)*100	Eficacia	Asesor cooperación internacional						
		Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Gestionar convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Calidad												4	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Número de convenios nuevos de cooperación con entidades nacionales e internacionales	Eficacia	Asesor cooperación internacional						
		Posicionar al Instituto Nacional de Cancerología ESE ante la comunidad y la opinión pública	Ejecutar el 100% el plan de cooperación nacional e internacional definido para el Instituto	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	2%	Director General Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Coordinador Grupo Area Docencia Asesor Cooperación Internacional	Calidad									1				Participar en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	Número de participaciones en la Red de institutos nacionales de cáncer de América Latina y el Caribe (RINC-ALC) para el control de cáncer	Eficacia	Asesor cooperación internacional						
		Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Nivel de cultura de autocontrol con enfoque hacia la prevención al 100%	Ejecutar el plan de fomento de la cultura del autocontrol con enfoque hacia la prevención	2%	Jefe Oficina Control Interno Médico Especialista Control Interno	Tareas Especificas														100%		Número de actividades programadas y ejecutadas para el fomento de la cultura de autocontrol	Número de actividades programadas para el fomento de la cultura del autocontrol	Eficacia	Jefe Oficina Control Interno					
							Médico Especialista Control Interno	Tareas Especificas													Min 80% Est. 90% Máx. 100%	Porcentaje de cobertura de cultura de autocontrol con enfoque a prevención.	Número de dependencias capacitadas en cultura de autocontrol con enfoque a prevención / Total de dependencias programadas para la vigencia * 100	Eficacia	Medico Especialista Control Interno						
			Estandarizar y mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional		Mantener actualizada anualmente la información de capacidad instalada institucional	2%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas														Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Ficha técnica capacidad instalada institucional actualizada en la vigencia	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
			Disponer de información oportuna y actualizada de la capacidad instalada institucional		Socialización en comité directivo de la ficha de capacidad instalada hospitalaria	2%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas															Acta de comité directivo	Acta de comité directivo	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas					

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO									
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis								
			Organizar la prestación de servicio de acuerdo a la capacidad instalada institucional	Elaborar el plan de producción de ventas institucional de acuerdo a la capacidad instalada	2%	Subdirector Administrativo y Financiero Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas	Tareas Especificas				1									Plan de producción y ventas institucional	Plan de producción y ventas institucional	Eficacia	Profesional Universitario oficina Asesora de Planeación y Sistemas												
Misional	Atención y cuidado de pacientes	Mejorar la eficacia de los tratamientos institucionales	Implementar estrategias para mejorar la supervivencia de pacientes en las patologías seleccionadas	Realizar evaluación de guías de práctica clínica	2%	Asesor de Calidad	Calidad													>=80%	Porcentaje de adherencia a Guía de Práctica Clínica (GPC)	Número total de hc de las unidades funcionales que cumplen las recomendaciones de GPC evaluadas / Total de historias clínicas revisadas de las unidades funcionales	Eficacia	Profesional Universitario Calidad											
		Mejorar la gestión integral de los pacientes con cáncer.	Medir y mejorar el centro de gestión integral del paciente en el INC	Medir la satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos en el INC	2%	Director General Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Jefe Oficina Control Interno Asesores	Calidad	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Min. 85 Est. 90 Max. 100	Porcentaje de satisfacción de los usuarios pacientes	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la Institución / Número total de encuestas aplicadas - calidad	Eficacia	Técnico Oficina de Calidad												
Apoyo	Gestión de la Tecnología	Planear e implementar la transformación digital del Instituto Nacional de Cancerología apoyado en la gestión de la arquitectura empresarial de Tecnologías de la Información - TI	Dotar al 100% la infraestructura de tecnologías de la información (TI) de lo requerido en hardware, software, redes de datos y comunicaciones a las áreas del INC.	Realizar actualización de la página web institucional de acuerdo a los criterios de accesibilidad y micrositios requeridos	2%	Subdirector de Atención Médica y Docencia Subdirector Administrativo y Financiero Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención Jefe Oficina Asesora Planeación y Sistemas Coordinador Grupo Area Sistemas Profesional Especializado de Comunicaciones Asesor de Cooperación Internacional Coordinador Grupo Mercado	Calidad												1	Evidencia de actualización y rediseño de la página web institucional	Evidencia de actualización y rediseño de la página web institucional	Eficacia	Profesional Especializado de Comunicaciones												
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Garantizar la transparencia en el actuar institucional.	Implementar un sistema de gestión basado en riesgos en un 100%	Actualizar mapa del riesgos del proceso	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad													1	Actualización del mapa de riesgos del proceso GSI	Mapa de riesgos del proceso GSI actualizado versión	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas											
				Hacer tratamiento a los riesgos	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																	100%	100%	100%	100%	(Número de requisitos de seguimiento y monitoreo de riesgos del proceso GSI cumplidos en el periodo / Número total de requisitos de seguimiento y monitoreo de riesgos del proceso GSI evaluados) * 100	Eficacia	Profesional Especializado Oficina Asesora de Planeación y Sistemas					
		Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 85%	Registrar y analizar la información de indicadores de proceso en el periodo establecido	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga y análisis de indicadores del proceso GSI	(Numero de indicadores de proceso GSI con dato y análisis) / (Número total de indicadores de proceso GSI programados para registrar en el periodo) * 100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación				
				Registrar y analizar la información de indicadores del Plan Operativo Anual (POA) en el periodo establecido	2%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																		100%	100%	100%	100%	Porcentaje de cumplimiento de carga 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	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación			

EJES	LÍNEA	OBJETIVOS INSTITUCIONALES	META PDI	COMPROMISOS	POND.	RESPONSABLE DEL COMPROMISO	TIPO DE COMPROMISOS	PROGRAMACION												INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	RESPONSABLE DE INDICADOR	EJECUCIÓN		SEGUIMIENTO						
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOMBRE	FORMULA			Resultado del Indicador	Análisis	% Avance obtenido	Análisis					
Dirección	Gestión Desempeño Institucional	Mejorar la gestión del desempeño institucional a través de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Lograr un desempeño institucional en el sector público mínimo del 8	Cerrar las acciones de mejora firmadas y concertadas por los líderes de los procesos	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje cumplimiento en el cierre de las acciones de mejoras firmadas y concertadas por los líderes del proceso de GSI	(Número de acciones de mejoramiento firmadas y concertadas cerradas del proceso GSI / (Número de acciones de mejoramiento firmadas y concertadas vencidas proceso GSI + Número de acciones de mejoramiento firmadas y concertadas cerradas proceso GSI) * 100	Eficacia	Técnico Administrativo Oficina Control Interno						
	Imagen Corporativa	Fortalecer la comunicación interna y la cultura de autocontrol.	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																	Porcentaje en el nivel de conocimiento de las políticas institucionales	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de las políticas institucionales / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de políticas institucionales)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Calidad					
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de 80% de políticas institucionales, para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																		Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de políticas institucionales	(Número de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de políticas institucionales / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	Eficacia	Técnico Administrativo Calidad				
			Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	Obtener un nivel de conocimiento mínimo de un 80% de cada uno de planes priorizados (Plan de desarrollo institucional - que incluye código de integridad, gobierno corporativo -, bienestar, capacitación, humanización, seguridad y salud en el trabajo), para el 100% del total de los funcionarios y colaboradores	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Calidad																			Porcentaje en el nivel de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCI	(Sumatoria de los resultados de conocimiento de los planes priorizados, proceso GCI / Total de funcionarios que aplicaron la encuesta de los planes priorizados, proceso GCI)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas			
																							Porcentaje de cobertura de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de planes priorizados	(Número de funcionarios y colaboradores que aplicaron la encuesta de nivel de conocimiento de planes priorizados / Total de funcionarios y colaboradores del INC)*100	Eficacia	Profesional Universitario Oficina Asesora de Planeación y Sistemas						
Apoyo	Gestión Financiera	Planear, programar y ejecutar al 100% la adquisición oportuna de los bienes y servicios del INC.	Garantizar la provisión oportuna del 100% de las necesidades dentro de los términos establecidos.	Cumplir al 100% con la entrega oportuna de estudios previos para el plan de adquisiciones	1%	Dirección General Subdirecciones Jefes Oficinas Asesoras Asesores	Tareas Especificas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Porcentaje de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente	(Número de estudios previos del proceso GSI entregados oportunamente) / (Número total de Items definidos para el proceso GSI) * 100	Eficacia	Coordinador Grupo Área Gestión Contractual					

OBSERVACIONES

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