|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia:** | Servicios Médicos Municipales | | | | | **POA 2021** |
| **Nombre de la Propuesta:** | Renovación del área de cabina de paramédicos | | | | |
| **Gasto Corriente** | | | **Proyecto** | | | **Duración en meses** |
| **Campaña** | **Programa** | **Servicio** | **Gasto Municipal**  **Complementario** | **Gestión de Fondo Federal/Estatal/IP** | **Monto** |
|  |  |  | **X** |  | $100,000 | Feb-abril 2021 |
| **Problemática** | | | La cabina no cuenta con las condiciones adecuadas o estándares de calidad e higiene para el personal | | | |
| **Objetivos** | | | Contar con un espacio digno, mismo que cuente con las condiciones que faciliten el desarrollo óptimo y eficiente de una cabina de comunicación. | | | |
| **Vinculación al PMD** | | | 1.3 La Salud como derecho de acceder a un estado de bienestar físico, mental y social.  1.3.1 Monitorear y coadyuvar en el desarrollo de los programas federales y estatales dirigidos a la ampliación de la cobertura y mejora de los servicios de salud que se prestan en el municipio | | | |
| **Nombre del Indicador** | | | **Unidad de medida**  **del producto generado o acción realizada** | | **Meta programada para el final del periodo** | |
| Porcentaje de avance en la renovación del área de cabina de paramédicos | | | **Número de etapas realizadas**   1. remodelación de muros, baño y puertas en el área de cabina 2. Adquisición del mobiliario necesario. 3. Implementación de un sistema de aire acondicionado 4. Adquisición de un sistema de cómputo adecuado para la realización de las actividades en el área. | | 4 etapas | |

**Nombre y Firma de Responsable del Área:**  **Fecha:**