


FORMATO 3.1

	<p>PROGRAMA OPERATIVO ANUAL 2023 Municipio: Progreso POA No. 4 de 6</p>	<p>Formato POA-1 Fecha de Aprobación: 30/12/2022</p> <p>HOJA: 1 DE: 3</p>		
DATOS GENERALES				
TIPO DE PROYECTO: Programa NOMBRE DEL PROYECTO: Programa de Odontología Municipal DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: 1. Proyecto que consiste en brindar consultas odontológicas gratuitas a la población mas vulnerable del municipio, otorgando atenciones de primer nivel, con respeto y profesionalismo, a aquellas personas que soliciten el servicio, brindándoles toda la información necesaria para mejorar su calidad de salud bucal. 2.- Dentro del proyecto se incluirán pláticas de higiene bucal, técnicas de cepillado, y aplicaciones de fluor, para cada alumno de cada escuela en los niveles primaria y secundaria, para poderles llevar formas de prevención a las enfermedades bucales. OBJETIVO DEL PROYECTO: Proporcionar a la ciudadanía un servicio odontológico de manera gratuita, para apoyarlos en su economía y puedan mejorar su calidad de vida. POBLACIÓN OBJETIVO: A toda la población del Municipio				
CLASIFICACIÓN ADMINISTRATIVA				
DIRECCIÓN: Salud SUBDIRECCIÓN: UNIDAD RESPONSABLE: Odontología				
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL				
FINALIDAD: 2. Desarrollo Social FUNCIÓN: 2.3 Salud SUBFUNCIÓN:				
CLASIFICACIÓN PROGRAMÁTICA (PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO)				
EJE: 2 Progreso es incluyente SUBEJE: 2.5 Salud ESTRATEGIA: Atender a la población, de manera rápida en sus necesidades bucales, dependiendo del problema que se le presenta al paciente extrayendo las piezas con lesiones muy avanzadas o con algunas infecciones, apoyando en el cuidado de la salud bucal y el tipo de medicamento tomar para su tratamiento. LÍNEA DE ACCIÓN: 1.-Dar consultas odontológicas a la población que requieran diferentes tratamientos. 2.-Brindar platicas en la escuelas de higiene bucal, técnicas de cepillado y aplicaciones de fluor a los alumnos de primarias y secundarias. 3.- Gestionar y en su caso ofrecer cepillos y materiales dentales requeridos para toda labor operatoria necesaria.				
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA		IMPORTE		
Gasto Corriente	\$	507,847.20		
Gasto de Capital				
Amortización de la Deuda y Disminución de Pasivos				
	\$	507,847.20		
CLASIFICACIÓN POR OBJETO DEL GASTO		IMPORTE		
1000 Servicios Personales				
2000 Materiales y Suministros	\$	507,847.20		
3000 Servicios Generales				
4000 Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas				
5000 Bienes Muebles e Inmuebles e Intangibles				
6000 Inversión Pública				
7000 Inversiones Financieras y Otras Provisiones				
8000 Participaciones y Aportaciones				
9000 Deuda Pública				
	TOTAL \$	507,847.20		
CLASIFICACIÓN GEOGRÁFICA	No. Beneficiarios	IMPORTE		
Cabecera		\$ 507,847.20		
Comisaría XX				
Comisaría XX				
	TOTAL \$	507,847.20		
ELABORÓ: (RUBRICA) PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ DIRECTORA DE SALUD	VO. BO. (RUBRICA) PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ DIRECTORA DE SALUD	REVISÓ: (RUBRICA) L.E. MIGUEL R. KUMAN BE DIRECTOR DE GOBERNACIÓN, PLANEACIÓN Y MEJORA REGULATORIA	VO. BO. (RUBRICA) C.P. JORGE DUARTE MANCILLA DIRECTOR DE FINANZAS Y TESORERÍA	AUTORIZÓ: (RUBRICA) JULIÁN ZACARÍAS CURI PRESIDENTE MUNICIPAL

FORMATO 3.1



PROGRAMA OPERATIVO ANUAL 2023

Municipio: Progreso POA No. 4 de 6

Formato POA-1

Fecha de Aprobación:
30/12/2022

HOJA: 2 DE: 3

ACTIVIDADES/ACCIONES A REALIZAR	UNIDAD DE MEDIDA	META (cantidad)	TIEMPO DE EJECUCIÓN	NÚMERO DE BENEFICIARIOS	IMPORTE	INDICADORES		
						EFICACIA	EFICIENCIA	ECONOMÍA
1.-Dar consultas odontológicas a la población	Número de consultas	1200	anual	1200 pacientes	\$300,000.00			
2.- Brindar pláticas de Higiene bucal en escuelas	Número de escuelas	12	anual	10,000 alumnos	\$100,000.00			
4.- Gestionar y entregar cepillos y materiales dentales	Número de entregas de	10,000	anual	10,000 alumnos	\$107,847.20			
TOTAL					\$	<u>507,847.20</u>		

ELABORÓ:
(RUBRICA)

PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ
DIRECTORA DE SALUD

VO. BO.
(RUBRICA)

PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ
DIRECTORA DE SALUD

REVISÓ:
(RUBRICA)

L.E. MIGUEL R. KUMAN BE
DIRECTOR DE GOBERNACIÓN, PLANEACIÓN Y
MEJORA REGULATORIA

VO. BO.
(RUBRICA)

C.P. JORGE DUARTE MANCILLA
DIRECTOR DE FINANZAS Y TESORERÍA

AUTORIZÓ:
(RUBRICA)

JULIÁN ZACARÍAS CURI
PRESIDENTE MUNICIPAL

FORMATO 3.2



PROGRAMA OPERATIVO ANUAL 2023

Municipio: Progreso POA No. 4 DE 6

Formato POA-2

Fecha de Aprobación:
30/12/2022

HOJA 3 DE: 3

NOMBRE DEL PROYECTO:

Programa de Odontología Municipal

UNIDAD RESPONSABLE:

Odontología

ACTIVIDADES/ACCIONES A REALIZAR		AÑO 2023												RESULTADOS	OBSERVACIONES
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
		Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número		
1.-Dar consultas odontológicas a la población	PROGRAMADO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200	
	REAL														
2.- Brindar pláticas de Higiene bucal en escuelas	PROGRAMADO	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	20		
	REAL														
3.- Gestionar y entregar cepillos y materiales dentales	PROGRAMADO	100	100	100	100	100	100		100	100	100	100	1200		
	REAL														
	PROGRAMADO														
	REAL														
	PROGRAMADO														
	REAL														
	PROGRAMADO														
	REAL														
	PROGRAMADO														
	REAL														
	PROGRAMADO														
	REAL														

CODIFICACIÓN PARA COLUMNA DE RESULTADOS

- 1. CUMPLIDA CON ÉXITO
- 2. AVANCE CON IMPACTO
- 3. AVANCE SIN IMPACTO
- 4. PARCIALMENTE CUMPLIDA
- 5. NO SE CUMPLIÓ LA META

**ELABORÓ:
(RUBRICA)**

PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ
DIRECTORA DE SALUD

**VO. BO.
(RUBRICA)**

PSIC. HARLY V. ALCALÁ DÍAZ
DIRECTORA DE SALUD

**REVISÓ:
(RUBRICA)**

L.E. MIGUEL R. KUMAN BE
DIRECTOR DE GOBERNACIÓN, PLANEACIÓN Y
MEJORA REGULATORIA

**VO. BO.
(RUBRICA)**

C.P. JORGE DUARTE MANCILLA
DIRECTOR DE FINANZAS Y TESORERÍA

**AUTORIZÓ:
(RUBRICA)**

JULIÁN ZACARÍAS CURI
PRESIDENTE MUNICIPAL

FORMATO 3.2

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DENOMINADO
"PROGRAMA OPERATIVO ANUAL"
POA-2

NÚMERO	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Año	Ejercicio al que corresponde el Programa Operativo Anual
2	Municipio	Escribir el nombre completo del Municipio
3	POA No.	Número de POA asignado
4	Fecha de aprobación	Día, mes y año de aprobación del POA por el Cabildo
5	Hoja: De:	Anotar el número progresivo de las hojas utilizadas para el POA
6	Nombre del Proyecto	Nombre del Departamento en caso de corresponder a una actividad Institucional o nombre del Programa a realizar.
7	Unidad Responsable	Departamento que realiza las funciones de la actividad Institucional y/o las acciones del Programa.
8	Actividades/Acciones a Realizar	Actividades/Acciones a realizar por la Unidad Responsable (las cuales deben iniciar con un verbo en infinitivo).
9	Programado/Real	Número de actividades/acciones programadas en el POA y las realizadas al mes.
10	Año	Ejercicio al que corresponde el Programa Operativo Anual
11	Resultados	Al final de cada meta especificar el número de código alcanzado (los códigos se localizan en la parte inferior del formato).
12	Observaciones	En caso de que al final del ejercicio las actividades/acciones realizadas den como resultado los códigos 3 . Avance sin impacto, 4 . Parcialmente cumplida o 5 . No se cumplió la meta; especificar las razones.
13	FIRMAS	Escribir el Nombre y Cargo de los responsables de Elaborar (unidad responsable/departamento), Supervisar (tesorero municipal), dar el Visto Bueno (director y subdirector de la unidad responsable) y Autorizar (presidente) el POA.