

CENTRO DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUÍS EDUARDO AYBAR

**CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA DE LA CUIDAD SANITARIA DR. LUIS E.
AYBAR**

INFORME 3ER TRIMESTRE PLAN OPERATIVO ANUAL

Preparado por :
Licda. Samanta Soto
Encargada de Planificación y Desarrollo

Santo Domingo, República Dominicana
Octubre 2025

Contenido

- Introducción
- Aspectos Generales
- Metodología
- Distribución de actividades por área
- Nivel de ejecución general del POA durante el 3er trimestre 2025
- Conclusión
- Recomendaciones
- Anexos.

INTRODUCCION

El Plan Operativo Anual (POA) 2025 constituye la desagregación operativa del Plan Estratégico Institucional 2024-2028, alineado a la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público y el Plan de Gobierno 2024-2028. Contiene los objetivos, productos, indicadores, metas, cronogramas, resultados esperados y actividades que se impulsaron al finalizar el año 2025, vinculado con el presupuesto institucional, a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos.

Por lo que evaluar periódica y sistemáticamente los progresos del POA es una tarea que garantizará que las autoridades, puedan disponer de informaciones que le faciliten la toma de decisiones de forma pertinente y oportuna.

El monitoreo es el acompañamiento sistemático y periódico de la ejecución de una actividad o proceso para verificar el avance hacia la ejecución de una meta. La evaluación en cambio es el proceso sistémico y objetivo que verifica la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes; a la luz de sus objetivos, en cada una de las dimensiones de ejecución y obtención de resultados.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 MARCO INSTITUCIONAL.

1.1.1. MISIÓN

Somos una institución de salud especializada en gastroenterología, que ofrece servicios a usuarios, familias y comunidades apoyados a nuestros valores, apoyados en la docencia e investigación.

1.1.2 VISION

Ser reconocidos como el centro de gastroenterología líder a nivel nacional donde se ofrezcan servicios de salud con los más altos niveles de calidad en un ambiente de equidad, calidez, confianza y transparencia; con una amplia cartera de servicios apoyados en la capacidad profesional de nuestro personal.

1.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

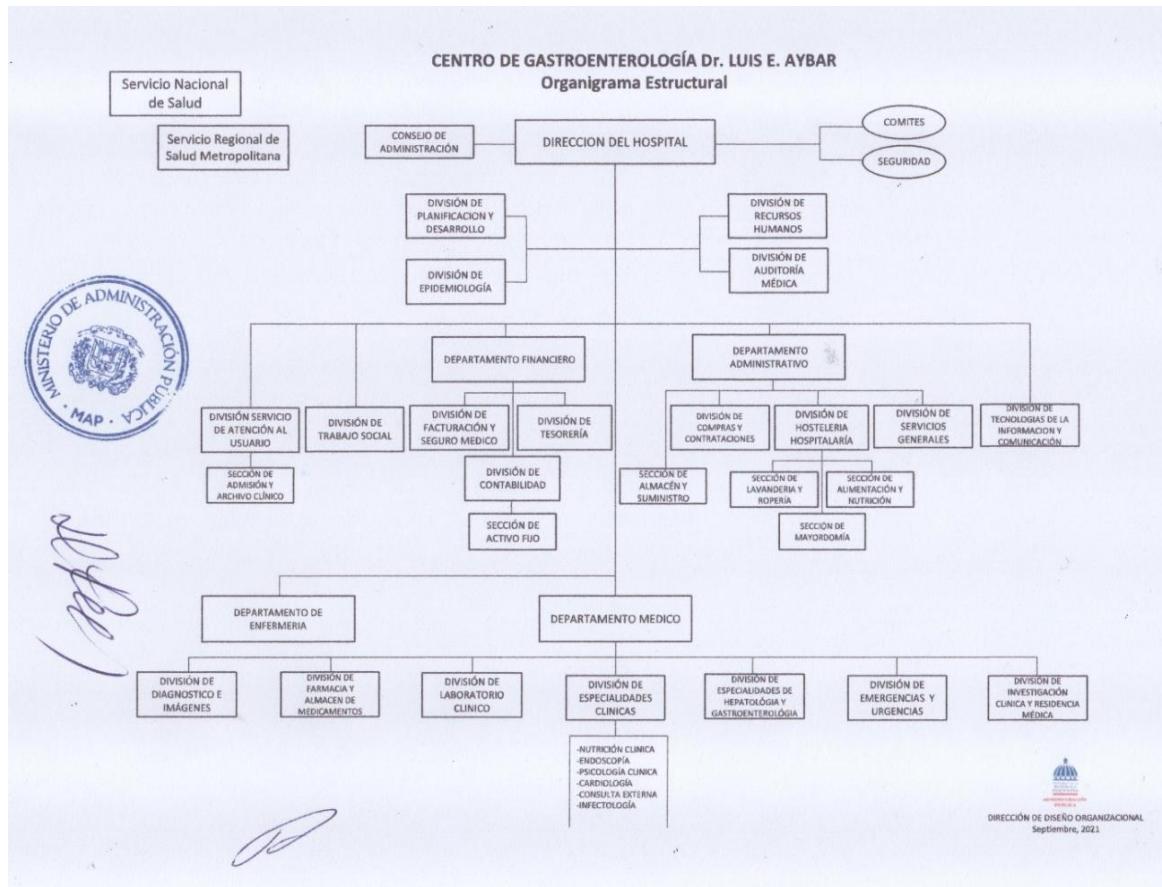
- Confianza
- Compromiso
- Responsabilidad Social
- Excelencia
- Calidad
- Innovación

1.1.4 BASE LEGAL

El marco legal que rige las actividades del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar incluye los siguientes instrumentos legales de diverso orden que van desde la Constitución de la República hasta leyes y resoluciones que conforma y se rige el Servicio Nacional de Salud.

Los principales instrumentos legales son: la Constitución de la República Dominicana (2015); la Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS); el Dec. No. 330-05 que aprueba el Reglamento de la Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar; el Reglamento No. 434-07 de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.

1.1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



1.2 SÍNTESIS DEL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.

- Asegurar la provisión de los servicios de salud enfocado a la prevención y diagnóstico clínico de la enfermedad del tracto digestivos y glándulas anexas.
- Respetar los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Asegurar las funciones administrativas del centro para que se traduzcan en bienes y servicios para los usuarios.

OBJETIVO DEL INFORME:

Medir el nivel de avance de ejecución de actividades mensual, alcanzado un buen desempeño en los indicadores de gestión y resultados programados del POA.

METODOLOGIA:

Para conocer el nivel de ejecución se procedió a la medición del indicador de eficacia. Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las metas físicas de los productos acorde con su unidad de medida. Para su cálculo se consideró meta programada en el trimestre por producto y nivel de ejecución de este en ese trimestre de la siguiente forma:

$$\% \text{ metas ejecutadas} = \frac{\text{meta ejecutada del producto trimestre } n}{\text{meta programada del producto trimestre } n} \times 100$$

Cada porcentaje de cumplimiento por actividad se clasificó dentro del rango de semaforización, a fin de mostrar visualmente el estado de alerta de las metas de los productos para el referido trimestre:

Rango	Descripción
80%-100%	Metas realizadas totalmente o nivel de ejecución adecuado, eficiente y oportuno en relación con la programación.
60%-79%	Metas realizadas parcialmente.
0%-59%	Metas no realizadas o nivel de ejecución insuficiente en relación con la programación.

Distribución de actividades por área o Departamento

En la tabla siguiente se observan el total de actividades programadas y su porcentaje correspondiente:

Distribución de actividades por área

No.	Área Responsable	Cantidad de actividades	Porcentaje
1	Farmacia	1	1%
2	Enfermería	5	5%
3	Emergencia	11	10%
4	Sub-Dirección	5	5%
5	Calidad de los Servicios	4	4%
6	Atención al Usuario	6	6%
7	Epidemiología	6	6%
8	Laboratorio	10	10%
9	Recursos Humanos	12	10%
10	Administración	1	1%
11	Compras	2	2%
12	Tecnología	3	2%
14	Planificación	18	15%
16	Facturación	2	2%
17	Financiera	7	6%
18	Auditoría Médica	2	2%
19	OAI	8	8%
20	Comunicación	6	5%
Total		109	100%

El Centro de Gastroenterología cuenta con un total de 17 dependencias responsables de ejecución de actividades en el tercer trimestre del año 2025, de las cuales las 17 presentaron sus evidencias oportunamente en el monitoreo, para un nivel de cumplimiento de reporte oportuno de un 100%.

Presentamos un cuadro de resultados de Monitoreo Mensual por responsables:

En este 2do trimestre mostramos el nivel de eficiencia y eficacia de las áreas responsables:

Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar

Monitoreo Interno Julio- Sept 2025

No.	Area Responsable	Efectividad	Eficacia	Promedio Logrado	Observaciones
1	Calidad de los Servicios	100%	100%	100%	
2	Laboratorio	100%	100%	100%	
3	Emergencia	95%	95%	95%	
4	Farmacia	100%	100%	100%	
5	Enfermería	95%	95%	95%	
6	Atención al Usuario	100%	100%	100%	
7	Epidemiología	100%	100%	100%	
8	Sub-Dirección	90%	90%	90%	
9	Recursos Humanos	95%	95%	95%	
10	Planificación	100%	100%	100%	
11	Administración	95%	95%	95%	
12	Facturación	100%	100%	100%	
13	Financiera	100%	100%	100%	
14	Auditoria Médica	100%	100%	100%	
15	OAI	100%	100%	100%	
16	Tecnología	100%	100%	100%	
17	Comunicación	100%	100%	100%	
		Total		98%	

Hallazgos:

- Supervisión para verificación de stock de insumos faltó anexar el inventario de insumos del laboratorio.
- Ejecución Plan de Capacitación -2025 deben ejecutar las capacitaciones programadas y colocar sellos en cada listado de participación.
- Informes con nombres y fechas erróneas.
- Espacios en blanco en los listados.

Conclusión:

Se presentan los Resultados Generales, según el promedio alcanzado por los responsables en el monitoreo mensual de las ejecuciones de las actividades programadas POA 2025, a través de indicador de producto de Evaluación, incluyendo las observaciones entregadas al momento de realizar el segundo monitoreo.

1. Cumplimiento Individual:
2. Efectividad:
3. Eficacia:

Resultados de Indicadores de Planificación Operativa				
Resultados	Producto	Indicadores	Meta	Desempeño
Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia	4.1.1.9 Implementación del Sistema Institucional de Planificación, Monitoreo y Evaluación	Porcentaje de ejecución del POA. Porcentaje de Áreas funcionales con desempeño con más de 85%	98% 99%	

Aplicando los criterios de valoración de la evaluación según metodología de semáforo.

Exhiben un nivel de cumplimiento en términos de calidad de ejecución y medios de verificación auditados, según escala de valoración siguiente:

- El Promedio de ejecución del POA CEAS, con una meta de cumplimiento de un 100%
- Porcentaje de dependencias que reportan ejecución mensual del POA, con una meta de un 98% de cumplimiento, se logró que un 100% reportaran evidencias, para una valoración de buena o verde.

Recomendaciones:

- Que los medios de verificación sean los indicados en la actividad.
- Se recomienda revisar código, sello, firma, fecha en cada actividad.
- Tener en cuenta que los anexos incluidos sean los indicados.
- Entregar oportunamente cada mes.
- No dejar espacios en blancos en los listados.
- Organizar que las Capacitaciones programadas sean las capacitaciones impartidas.

ANEXOS:

Actividades programadas por departamentos

Emergencia

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos .	1.1.2.1.03	Implementación y llenado de historia clínica de emergencias y registro de todos los pacientes del libro de emergencias	Reporte
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.05	Registros en el tablero de Indicadores de Gestión de las Salas de Emergencias de los Centros de Salud.	Reporte

1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.07	Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital.	Listado de participación/ Minuta
1.1.2.1 Operaciones de emergencias y gestión de riesgos	1.1.2.1.10	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias	Listado de participación/ Minuta

Subdirección

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	1.2.5.1.01	Autodiagnóstico conforme la metodología de la gestión productiva	Reporte
1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	1.2.5.1.02	Elaboración del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS	EES: Plan
1.2.5.1 Metodología de la Gestión Productiva	1.2.5.1.03	Implementación del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS	Informe

Atención al usuario

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.2.2.1 Articulación de la Red SNS	1.2.2.1.01	Registro de las referencias y contrareferencias de la Red.	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.01	Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.02	Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios	Reporte

1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.04	Seguimiento a la implementación del plan de mejora de la experiencia del paciente	Reporte
1.3.3.1 Gestión de la Experiencia del Paciente	1.3.3.1.05	Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS)	Reporte

Calidad de los Servicios

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.3.4.1 Monitoreo de la Calidad en los Servicios de Salud	1.3.4.1.01	Autoevaluación para cumplimiento del Sismap Salud	Otros
1.3.4.3 Seguimiento a la Habilitación de los Servicios de Salud	1.3.4.3.02	Priorización de mejoras para la habilitación de los Servicios de Salud, incluyendo no conformidades del MSP	Plan

Auditoria Medica

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	1.1.2.2.01	Ánálisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas	Informe
1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	1.1.2.2.02	Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación	Plan

Epidemiología

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.01	Reuniones Ordinarias de los siguientes Comités: * Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS) * Comité de Bioseguridad * Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios	Listado de participación
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.02	Autoevaluación de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios	Otros
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.03	Elaboración del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios	Plan
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.05	Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria	Plan
1.3.4.2 Prevención y Control del Riesgo Biológico	1.3.4.2.06	Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica	Reporte

Recursos Humanos

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
2.1.1.2 Programas de desarrollo de competencias técnicas y habilidades blandas.	2.1.1.2.01	Ejecución Plan de Capacitación - 2025.	Plan Capacitación 2025
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.01	Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP).	Informes

2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.02	Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica.	Informe de evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica .
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.03	Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales.	Reporte
2.2.2.1 Implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.	2.2.2.1.04	Gestión de subsidios por enfermedad común.	Matriz, reporte del registro SISALRIL.
2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	2.3.1.1.01	Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimiento.	Reporte consolidado (físico y digital en formato de Excel)
2.3.1.1 Levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos.	2.3.1.1.02	Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina.	Listados de participantes Reporte trimestral (Físico y digital en formato de Excel).

Administración

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.2.1.1 Ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno	3.2.1.1.01	Codificación y carga PACC 2026	Registro Digital

Tecnología

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	3.5.1.1.01	Actualización y mantenimiento de portales web	Reporte
3.5.1.1 Mejora de la infraestructura tecnológica de la Red SNS	3.5.1.1.02	Soportes incidencias tecnológicas atendidas	Reporte
	3.5.1.1.03	Inventario de activos tecnológicos	Otros

Planificación

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.09	Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF	Reporte
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.02	Seguimiento al cumplimiento de la CCC (Carta Compromiso al Ciudadano)	Reporte
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.03	Elaboración/ actualización de autodiagnóstico CAF	Otros
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.05	Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso	Informe
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.07	Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS	Listado de participación
3.7.1.1 Fortalecimiento del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional	3.7.1.1.11	Elaboración de la memoria institucional 2025	Memoria
3.7.1.2 Despliegue nueva estructura organizativa Red SNS por nivel de complejidad	3.7.1.2.01	Cumplimiento del análisis y rediseño de estructura organizativa, coordinado por el MAP y Desarrollo Institucional SNS (solo aplica a quienes no tienen estructura aprobada)	Mails seguimiento(DDI sede Central, MAP), Informe de estatus Resoluciones aprobadas (A partir del 2do. Trimestre)
3.7.1.3 Identificación de buenas prácticas en función del Programa de Innovación para los EES	3.7.1.3.01	Identificación de buenas prácticas en función del Programa de Innovación para los EES.	Formulario de solicitud alimentación del portal con práctica de mejora o solicitud para implementación de mejora

			y/o Mail respuesta de carga al Portal Web e Informe de seguimiento de la practica en desarrollo o implementada (último trimestre)
3.7.1.5 Ampliación del alcance del sistema de monitoreo	3.7.1.5.01	Autoevaluación POA 2025	Otros

Financiera

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.01	Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.04	Reportar oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentas en el registro sistemático de las transacciones sosteniendo la calidad del dato.	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.05	Reportar la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento.	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.06	Cargar oportunamente las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía.	Reporte
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.08	Elaboración de los Estados Financieros y sus anexos	Otros

Facturación

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.2.2 Programa de Fortalecimiento del Nivel Especializado	1.1.2.2.05	Implementación del proceso de Prefectura en centros priorizados.	informe
3.1.1.2 Fortalecimiento de la Fiscalización y de la evaluación del control interno	3.1.1.2.02	Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento.	Reporte

OAI

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.01	Actualización del portal de transparencia	Reporte
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.02	Levantamiento de las necesidades de la OAI	Informe
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.04	Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311	Listado de participación
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.05	Capacitación sobre declaración jurada de bienes, dirigida al personal que le corresponda presentarla	Listado de participación
3.1.1.1 Transparencia de la Gestión y Participación Ciudadana	3.1.1.1.06	Capacitación en la Ley No. 172-13 sobre Protección de Datos	Listado de participación

Comunicaciones

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
3.3.1.1 Implementación del Manual de Señalética e Identidad de la Red SNS (Comunicación estratégica y posicionamiento institucional).	3.3.1.1.02	Cumplimiento de la identidad institucional EES. (para el Programa Desempeño SNS).	Reporte

3.3.1.2 Despliegue Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	3.3.1.2.01	Implementación Plan Interconexión Red Pública de Servicios de Salud (Educación en Salud)	Reporte
3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	3.3.1.4.01	Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna / externa).	Otros
3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	3.3.1.4.02	Campaña para promover reducción y uso eficiente del agua (interna / externa).	Otros
3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	3.3.1.4.03	Taller coordinado con la DCOM-SNS: Sensibilización en la Gestión de residuos peligrosos (para Hospitales / SRS).	Listado de participación
3.3.1.3 Despliegue Plan de Gestión Ambiental / Responsabilidad Social Institucional	3.3.1.4.04	Jornada ambiental (reforestación / limpieza de costas/otras) coordinada con instituciones públicas, privada y ONGs.	Listado de participación

Enfermería

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.3.3.2 Continuidad implementacion de la Política de estandar de los cuidados de enfermeria como indicadores de calidad	1.3.3.2.02	Implementación de los instrumentos de expediente clínico y su aplicación para la mejora en la calidad de los cuidados por encargadas regionales de enfermería	Listado de participación
1.3.3.2 Continuidad implementacion de la Política de estandar de los cuidados de enfermeria como indicadores de calidad	1.3.3.2.03	Monitoreo de los cuidados que ofrece el personal de enfermería a los usuarios en los EES de la red pública en el ámbito ambulatorio y hospitalario	Listado de participación
1.3.3.2 Continuidad implementacion de la Política de estandar de los cuidados de enfermeria	1.3.3.2.04	Aplicación del estandar Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud. (IAAS) Por el personal de enfermería	Otros

como indicadores de calidad			
2.1.1.1 Programa Cuidados de enfermería en plataforma de capacitación	2.1.1.1.01	Capacitación Estandar Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito ambulatorio y hospitalario	Listado de participación
2.1.1.1 Programa Cuidados de enfermería en plataforma de capacitación	2.1.1.1.02	Capacitaciones de Liderazgo y Gestión por las encargadas regionales de enfermería en los EES	Listado de participación

Laboratorio

Producto	Código	Nombre Actividad	Medios de Verificación 1
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.01	Supervisión para verificación de stock de insumos	Informe
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.03	Realización la ruta de recolección de las muestras	Presentar Cronogramas de transporte de muestras
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.04	Digitalización de las pruebas y resultados	Reporte
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.05	Cumplimiento acuerdo establecido/ reunión de seguimiento al plan	Plan
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.06	Implementación de ampliación cartera de servicios de acuerdo a complejidad	Informe
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio	1.1.1.2.07	Mantenimiento a los equipos y calibración	Informe
1.1.1.2 Ampliación y mejora de la provisión de servicios	1.1.1.2.08	Reunion con DPS para coordinar entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad	Listado de participación

de apoyo diagnóstico y
laboratorio

