

# Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

## CONTROL DEL CUESTIONARIO

Folio CUAPS: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado DÍA: [ 04 ] MES: [ 07 ] AÑO: [ 2022 ]

Folio del Registro de Adhesión del SIS: \_\_\_\_\_

Clave de usuario: \_\_\_\_\_

## I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

|  |   |  |               |
|--|---|--|---------------|
| 1.1 Nombre del Programa:                               | Programa Estatal de Financiamiento para Franquicias | 1.2 Clave presupuestal:  | NO DISPONIBLE |
| 2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:              | FONDO MORELOS                                       | Dependencia Responsable:   | 6.4.2         |
| 3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:                | SECRETARIA DE ECONOMIA                              | 3.2 Clave de la Unidad Administrativa:                                     | 4.0.0         |
| 4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa? | 2. Estatal  | 5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa? | 2. Ejecutor   |

## II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

### 6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa

|                                  |                  |           |                     |
|----------------------------------|------------------|-----------|---------------------|
| Nombre(s)                        | RAÚL             | CAPITÁN   | CONTE               |
| Cargo                            | DIRECTOR GENERAL |           |                     |
| Correo electrónico institucional | raul.capitan     | @         | fondomorelos.gob.mx |
| Teléfono                         | 7773220481       | Extensión | 105                 |

### 7. Datos del Titular del Programa

|                                  |                         |           |                     |
|----------------------------------|-------------------------|-----------|---------------------|
| Nombre(s)                        | FRANCISCO JAVIER        | GARDUÑO   | RODRIGUEZ           |
| Cargo                            | DIRECTOR DE OPERACIONES |           |                     |
| Correo electrónico institucional | francisco.garduno       | @         | fondomorelos.gob.mx |
| Teléfono                         | 7773220481              | Extensión | 112                 |

### 8. Datos del Enlace del Programa

|                                  |                             |           |                     |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|
| Nombre(s)                        | DIANA PAULINA               | ESCOBAR   | CORTÉS              |
| Cargo                            | COORDINADORA GENERAL MIPYME |           |                     |
| Correo electrónico institucional | paulina.escoibar            | @         | fondomorelos.gob.mx |
| Teléfono                         | 7773220481                  | Extensión | 131                 |

**III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA**

9. ¿En qué año inició la operación del Programa?

10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)?  
 1. Si  PASAR A 11  
 2. No

10.1 Si el Programa no cuenta con alguno de los documentos anteriormente citados, ¿existe algún sitio web donde se detalle la información del Programa?  
 1. Si  PASAR A 13  
 2. No  TERMINAR CUESTIONARIO

11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?

REGLAS DE OPERACION PROGRAMAS DE FINANCIAMIENTO MIPYME

12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?  
 1. Si  PASAR A 14  
 2. No

SELECCIONAR LA OPCION QUE CORRESPONDA

13. Escriba el enlace electrónico directo del documento normativo (Reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros). Si el Programa carece de documento normativo escriba la dirección electrónica del sitio web donde se detalla la información del Programa.

14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?

Contar con una fuente de financiamiento alterna para personas físicas o morales, que permita el nacimiento y desarrollo de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas ubicadas en el Estado de Morelos a través de la adquisición de modelos de franquicias.

15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?

1. Contribuir con aquellos negocios y empresas, a solventar las necesidades de capital de trabajo en el renglón de mercancías o materias primas, gastos de operación o fabricación, sueldos y salarios, así como para la adquisición de maquinaria y/o equipo, remodelación de sus negocios y plantas productivas.
2. Apoyar a las micro, pequeñas y medianas empresas localizadas en el Estado de Morelos, para que regularicen su situación económica y permita el flujo de efectivo adecuado en sus negocios.
3. Permitir la sustentabilidad de los negocios y de las fuentes de empleos en el corto, mediano y largo plazo.
4. Participar en los objetivos planteados por el Gobierno del Estado en el Plan Estatal de Desarrollo 2018-2024.
5. Mejorar el nivel de vida de la población morelense.

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

Personas físicas o Morales que deseen adquirir algún modelo de franquicias que permita el nacimiento y desarrollo de micro, pequeñas o medianas empresas, de acuerdo a las siguientes características: a. Que sea aceptado por el franquiciante (carta de aceptación), b. Que la franquicia que pretenda adquirir cuente con una experiencia mínima de operación de 4 años, c. Que la franquicia a adquirir cuente con al menos 5 franquicias vendidas (unidades) con 2 años mínimo de operación cada una, y d. Que la franquicia cuente con al menos 85% de supervivencia promedio en sus franquicias.

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SELECCIONAR LA OPCION QUE CORRESPONDA

SI SELECCIONO ESTATAL, LLENAR 17.1  17.1 Entidad Federativa  Clave de Entidad

SI SELECCIONO MUNICIPAL, LLENAR 17.1 Y 17.2  17.2 Municipio

IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?  18.1 Unidad de Medida

19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?  19.1 Unidad de Medida

20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?  20.1 Unidad de Medida

V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA

21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior? \$

22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente? \$

VI. COPARTICIPACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

23. Con base en la normatividad del programa, ¿se tienen previstos esquemas de coparticipación con otros programas, instancias de gobierno, instituciones, asociaciones y/o beneficiarios?

1. Sí  2. No  PASAR A 28 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  2. No

| Núm. | 24. Participante | 25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC.<br>PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR:<br>PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS | 26. Orden de gobierno<br>PARA EL CASO DE PERSONAS<br>BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O<br>ASOCIACIONES NO APLICA | 27. Tipo de participación |
|------|------------------|---|---|---------------------------|
| 1    |                  |   |   |                           |
| 2    |                  |   |   |                           |
| 3    |                  |   |   |                           |
| 4    |                  |   |   |                           |
| 5    |                  |   |   |                           |

VII. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA EN DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR ECONÓMICO

28. De acuerdo con los objetivos del Programa ¿en cuál(es) Derecho(s) Social(es) y/o Bienestar Económico contribuyen las acciones implementadas?

MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS

1. Educación  3. Alimentación  5. Medio Ambiente  7. Seguridad Social  9. Bienestar Económico

2. Salud  4. Vivienda  6. Trabajo  8. No discriminación  10. Ninguno

VIII. COMPONENTES DEL PROGRAMA

29. ¿El programa cuenta con componente(s), subprograma(s), vertiente(s) o modalidad(es)?

1. Sí  2. No  PASAR A 34 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  2. No

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | 30. Nombre del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 31. Objetivo específico del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 32. Población objetivo del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 33. Total de apoyos que forman parte de este componente, subprograma, vertiente o modalidad |
|--|---|--|---|---|
| 1  | Financiamientos   | Dar recursos para iniciar un negocio a partir de la compra                 | personas físicas y morales  | 1   |
| 2  |   |  |   |   |
| 3  |   |  |   |   |
| 4  |   |  |   |   |
| 5  |   |  |   |   |

**IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERISTICAS**

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | Número de apoyo (acción, intervención o subsidio) | 34. Nombre del apoyo | 35. Describe el apoyo<br>EJEMPLO: SON BECAS A ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR<br>CREDITO PARA EMPRESAS | 36. ¿A qué tipo de población se le entrega el apoyo? | 36.6 ESPECIFICAR<br>PERSONAS FISICAS Y MORALES |
|--|---|----------------------|--|--|--|
| 1  | 1   | FRANQUICIAS          |  | 6. Otro (Especificar)                                |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |  |

**37. ¿Qué tipo de apoyo se le otorga a los beneficiarios?**  
 MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS

A. Monetario  
 B. Subsidio a productos o servicios  
 C. Especie  
 D. Obra o Infraestructura  
 E. Servicio  
 F. Capacitación  
 G. Otro (ESPECIFICAR)

**38. ¿Con qué periodicidad se realiza la acción o se entrega el apoyo?**  
 SELECCIONAR LA OPCION EN LA FILA CORRESPONDIENTE  
 11. Otro (Especificar)

**39. ¿A qué monto equivale el apoyo que se otorga?**  
 ANOTAR EL MONTO CONFORME A LA PERIODICIDAD SEÑALADA. SI NO EXISTE EQUIVALENCIA, PASAR A 40.  
 MONTO EN PESOS  
 36.11 ESPECIFICAR  
 CUANDO SE REQUIERA  
 PERIODICIDAD  
 10. Única vez



0 0

X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN

Para esta sección, es necesario que llene una pestaña "FOCALIZACIÓN" por cada apoyo registrado anteriormente

XI. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | Número de apoyo (acción, intervención o subsidio) | 43. ¿El apoyo genera un listado o Padrón de Beneficiarios?<br>1. Si<br>2. No → PASAR A 45 | 44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo?<br>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 44.4. ESPECIFICAR PERSONAS FÍSICAS Y MORALES | 45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo?<br>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 45.7. ESPECIFICAR | 46. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo?<br>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo?<br>1. Si<br>2. No | ¿CUAL?<br>↓<br>VISITA |
|--|---|---|--|--|--|-------------------|---|---|-----------------------|
| 1  | 1   | 1. SI   | 4. Otro (ESPECIFICAR)  |  |  |                   | 2. No   | 1. Si   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |
| 0  | 0   |   |  |  |  |                   |   |   |                       |

XII. OBSERVACIONES

FIRMAS

  
DIANA PAULINA ESCOBAR CORTES  
COORDINADORA GENERAL MIPYME

  
FRANCISCO JAVIER GARDUNO RODRIGUEZ  
DIRECTOR DE OPERACIONES

AUTORIZO EL TITULAR DEL PROGRAMA