

Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

CONTROL DEL CUESTIONARIO

Siglas de identificación: _____ Fecha de llenado: D/A: 18 | MES: 01 | AÑO: 2024
 ID del Programa (o genera COEVAL) _____
 Clave de usuario: _____

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa: Programa Mujeres y Hombres de 10 1.2 Clave presupuestal: 12.1.3
 2.1 Nombre de la Dependencia Responsable: Secretaría de Desarrollo Social 2.2 Clave de la Dependencia Responsable: 12
 3.1 Nombre de la Unidad Administrativa: Dirección General de Gestión Social y Economía Solidaria 3.2 Clave de la Unidad Administrativa: 12.1.3

4. ¿Que orden de gobierno es responsable del Programa? 1. ESTATAL 2. ESTATAL 5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa? 1. ESTATAL 2. ELECTOR

II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa
 Nombre(s): Hugo Omar Aranda Nava
 Cargo: Director General de Gestión Social y Economía Solidaria
 Correo electrónico institucional: hugo.aranda@morelos.gob.mx Teléfono: 7773100640 Extensión: 66963

7. Datos del Titular del Programa
 Nombre(s): Hugo Omar Aranda Nava
 Cargo: Director General de Gestión Social y Economía Solidaria
 Correo electrónico institucional: hugo.aranda@morelos.gob.mx Teléfono: 7773100640 Extensión: 66963

8. Datos del Enlace del Programa
 Nombre(s): Karla Paéz GómeZ
 Cargo: Directora de Programas Complementarios
 Correo electrónico institucional: karla.paez@morelos.gob.mx Teléfono: 7773100640 Extensión: 66425

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA

9. ¿En qué año inició la operación del Programa? 2022
 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 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SI
 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 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

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

Reglas de operación Programa mujeres y hombres de 10 - 2024

12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?

1. SI
2. No PASAR A 14
SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA
1. SI

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.

<https://desarrollosocial.morelos.gob.mx/pdf/reglas-de-operacion-mujeres-y-hombres-de-10-2024>

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

Fomentar el desarrollo y fortalecimiento de capacidades productivas de las personas morelenses de los 36 municipios del estado en condiciones de vulnerabilidad y desventaja, a través de la capacitación para el trabajo y el acceso a una ayuda social que promueva e incentive el autoempleo, que permita compensar sus condiciones de desigualdad social.

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

1. a) Formalizar la coordinación y colaboración entre la Secretaría y el ICATMOR, a través de un convenio, con el objeto de establecer el pago que realizará la Secretaría al ICATMOR para la impartición de cursos de capacitación gratuitos con insumos incluidos, a favor de las personas beneficiarias del presente programa.
2. b) Promover cursos de capacitación para el trabajo, útiles y efectivos que permitan a las personas beneficiarias del programa, auto emplearse o bien, obtener empleo a través de terceros, a fin de generar ingresos para su bienestar.
3. c) Otorgar una ayuda social por la cantidad de \$3,500.00 (Tres mil quinientos pesos 00/100 M.N.) a las personas que obtengan la constancia expedida por el ICATMOR, la cual acredite que concluyeron satisfactoriamente uno de los cursos de capacitación ofertado en el presente programa, con la finalidad de incentivar su actividad productiva.
4. d) Impulsar la incubación de microempresas a través del ICATMOR y otros Fideicomisos sectorizados a la Secretaría de Desarrollo Económico y del Trabajo, para propiciar condiciones que mejoren la calidad de vida social y económica de las personas beneficiarias y la de sus familias.
- 5.

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

Mujeres y hombres, de 18 años cumplidos en adelante, en situación de desventaja y vulnerabilidad, que preferentemente residan en colonias o localidades clasificadas como Zonas de Atención Prioritaria, muy alta, alta o media marginación de los 36 Municipios del Estado de Morelos.

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

| | | | | |
|---|---------------------------|---------|--------------------|---------------|
| SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1 | → 17.1 Entidad Federativa | Morelos | Clave de Entidad | 17 |
| SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 Y 17.2 | → 17.2 Municipio | | Clave de Municipio | 36 Municipios |

IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

| | | | |
|--|-------|-----------------------|----------|
| 18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial? | 1,200 | 18.1 Unidad de Medida | PERSONAS |
| 19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo? | 1,200 | 19.1 Unidad de Medida | PERSONAS |
| 20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior? | 744 | 20.1 Unidad de Medida | |

V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA

| | |
|---|---------------|
| 21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior? | \$ 6,110,674 |
| 22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente? | \$ 11,500,000 |

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. SI 2. No → PASAR A 28 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SI 2. NO

24. Participante

25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC.
PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS
 Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Morelos

26. Orden de gobierno
PARA EL CASO DE PERSONAS BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O ASOCIACIONES: NO APLICA
 2. Estatal

27. Tipo de participación
 2. Operación (incluye recursos humanos y materiales)

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. SI 2. No → PASAR A 34 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SI 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 | Capacitación para el trabajo por parte del ICATMOR | Fomentar la capacitación para el trabajo en alguno de los cursos establecidos en las reglas de operación, los cuales incluyen los insumos correspondientes, mismos que serán pagados por la Secretaría e impartidos por el ICATMOR, con la finalidad de que las personas reciban los beneficios de forma gratuita. | Personas del universo de atención y población objetivo que hayan cumplido con lo establecido en las Reglas de Operación, interesadas en ser capacitadas por el ICATMOR. | |
| 2 | Ayuda social de \$3,500.00 a las personas que obtengan la constancia expedida por el ICATMOR. | Ofertar una ayuda social de \$3,500.00 (Tres mil quinientos pesos 00/100 M.N.) a las personas que obtengan la constancia expedida por el ICATMOR, la cual acredite que concluyeron satisfactoriamente uno de los cursos de capacitación ofertado en el presente programa, con la finalidad de incentivar su actividad productiva. | Personas que habiendo cumplimentado los criterios de aprobación del componente anterior, obtengan la Constancia otorgada por el ICATMOR. | |

IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | Número de apoyo (acción, intervención o subsidio) | 34. Nombre del apoyo | 35. Descripción del apoyo | 36. ¿A qué tipo de población se le entrega el apoyo? | 36.B. ESPECIFICAR |
|--|---|---|---|--|---|
| 1 | 1 | Capacitación por parte del ICATMOR | EJEMPLO: SON BEGAS A ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Las personas beneficiarias podrán elegir un curso de capacitación de las 14 opciones establecidas en las reglas de operación, el cual sería impartido por el ICATMOR, y la SEDESO cubrirá el costo total del curso y de los insumos necesarios para llevar a cabo la capacitación. | 1. Persona | Mujeres y Hombres con solicitud de apoyo aprobada |
| 2 | 1 | Ayuda social de \$3,500.00 a las personas que obtengan la constancia expedida por el ICATMOR. | Una vez concluidos los cursos de capacitación, las personas que hayan cumplido satisfactoriamente con los requisitos establecidos en las presentes reglas de operación, por cuanto al programa y al ICATMOR, recibirán por parte de la Secretaría, una ayuda social por la cantidad de 3 mil 500 pesos, mediante transferencia bancaria, a fin de incentivar su actividad productiva. | 1. Persona | Mujeres y Hombres con constancia de capacitación obtenida |

37. ¿Qué tipo de apoyo se le otorga a los beneficiarios?
 MARCAR LAS OPCIÓN(S) QUE CORRESPONDAN. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS

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

37.A. ESPECIFICAR 37.B. ESPECIFICAR

38. ¿Con qué periodicidad se realiza la acción o se entrega el apoyo?
 SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FLECHA CORRESPONDIENTE

10. Única vez 10. Única vez

38.A. ESPECIFICAR 38.B. ESPECIFICAR

39. ¿A qué monto equivale el apoyo que se otorga?
ANOTAR EL MONTO CONFORME A LA FRECUENCIA SERIALADA. SI NO EXISTE EQUIVALENCIA, PASAR A 40.

Variable \$3,500

PERIODO: 10. Única vez

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | Número de apoyo (acción, intervención o subsidio) | 40. ¿En qué indicador de la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL contribuye directamente el apoyo? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 41. Si el apoyo no contribuye en ninguno de los indicadores mencionados en la pregunta anterior, indique la temática que atiende. | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | | |
| 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | 1. Educación |
| 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | 6. Trabajo |

X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN

Para esta sección, es necesario que llene una pestata "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? | | 44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo? | | 45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo? | | 46. ¿Cuanta con información georreferenciada del apoyo? | | 47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo? | |
|--|---|--|-------|--|------------------|--|------------------|---|------------------|---|-------|
| | | 1. SI | 2. No | SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 44.4 ESPECIFICAR | SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 45.7 ESPECIFICAR | SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE | 46.3 ESPECIFICAR | 1. SI | 2. No |
| 1 | 1 | 1. SI | | 1. Personas | | 6. Anual | | 2. No | | 1. SI | |
| 2 | 1 | 1. SI | | 1. Personas | | 6. Anual | | 2. No | | 1. SI | |

XII. OBSERVACIONES

FIRMAS

AUTORIZO EL TITULAR DEL PROGRAMA


KARLA PATZ GOMEZ


JAGO OMAR ARANDA NAVA

Registro de solicitud de apoyo mediante plataforma electrónica
Base de datos de personas que se capacitaron satisfactoriamente por el ICAITMOR