

**INSTRUCTIVO: CUAPS (cada campo cuenta con opciones de respuesta y descripciones dentro de los comentarios que podrán mostrarse cuando el cursor se encuentre en la casilla correspondiente, donde hay una marca roja)**

CONTROL DEL CUESTIONARIO			
Siglas de Identificación: <div>PCD</div>		Fecha de llenado    Día: <div>07</div> MES: <div>08</div> AÑO: <div>2025</div>	
ID del Programa (lo genera COEVAL) <div>271</div>			
I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA			
1.1 Nombre del Programa:	<div>Reglas de Operación del Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente del Estado de Morelos.</div>		1.2 Clave presupuestal: <div>AF130010</div>
2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:	<div>Secretaría de Bienestar</div>		Dependencia Responsable: <div>13</div>
3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:	<div>Dirección General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión</div>		3.2 Clave de la Unidad Administrativa: <div>4</div>
4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa? <div>2. Estatal</div>		5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa? <div>1. Responsable</div>	
II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA			
6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa			
<div>César</div> <div>Nombre(s)</div>		<div>Guerra</div> <div>Primer apellido</div>	<div>García</div> <div>Segundo apellido</div>
Cargo	<div>Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión</div>		Teléfono <div>7773100640</div> Extensión <div>66460</div>
Correo electrónico institucional	<div>cesar.guerra</div> @ <div>morelos.gob.mx</div>		
7. Datos del Titular del Programa			
<div>César</div> <div>Nombre(s)</div>		<div>Guerra</div> <div>Primer apellido</div>	<div>García</div> <div>Segundo apellido</div>
Cargo	<div>Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión</div>		Teléfono <div>7773100640</div> Extensión <div>66460</div>
Correo electrónico institucional	<div>cesar.guerra</div> @ <div>morelos.gob.mx</div>		
8. Datos del Enlace del Programa			
<div>César</div> <div>Nombre(s)</div>		<div>Guerra</div> <div>Primer apellido</div>	<div>García</div> <div>Segundo apellido</div>
Cargo	<div>Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión</div>		Teléfono <div>7773100640</div> Extensión <div>66460</div>
Correo electrónico institucional	<div>cesar.guerra@</div> @ <div>morelos.gob.mx</div>		

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA			
<b>9. ¿En qué año inició la operación del Programa?</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 0 auto; padding: 2px;">2025</div>	<b>10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)</b> 1. Sí → PASAR A 11 2. No <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 0 auto; padding: 2px;">1. Sí</div>	<b>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?</b> 1. Sí → PASAR A 13 2. No → TERMINAR CUESTIONARIO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
<b>11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 20px;">Reglas de Operación del Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente del Estado de Morelos.</div>			
<b>12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?</b> 1. Sí 2. No → PASAR A 14 <small>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</small> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 0 auto; padding: 2px;">1. Sí</div>	<b>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.</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 20px;"><a href="https://www.morelos.gob.mx/autonomia-para-el-bienestar">https://www.morelos.gob.mx/autonomia-para-el-bienestar</a></div>		
<b>14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">Contribuir en el incremento de la movilidad, la autonomía y el bienestar de las personas con discapacidad motriz, múltiple o con movilidad reducida del estado de Morelos, a través de la reparación de sillas de ruedas clínicas, así como de la entrega de aparatos funcionales.</div>			
<b>15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           1. <a href="#">I. Realizar la reparación de sillas de ruedas clínicas.</a>            2. <a href="#">II. Otorgar aparatos funcionales destinados a mejorar la movilidad y bienestar de vida.</a>            3.             4.             5.   </div>			
<b>16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">Mil seiscientas Personas con Discapacidad motriz que cuenten con una silla de ruedas clínica o requieran algún tipo de aparato funcional, y que residan, preferentemente, en las Zonas de Atención Prioritaria determinadas por COEVAL para el ejercicio 2025.</div>			
<b>17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <small>SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1</small>   <small>SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2</small> </div> <div style="width: 30%;"> <small>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</small>  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 0 auto; padding: 2px;">2. Estatal</div> </div> <div style="width: 35%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div>→ 17.1 Entidad Federativa</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; text-align: center; padding: 2px;">Morelos</div> <div>Clave de Entidad</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; text-align: center; padding: 2px;">Morel</div> </div> <div>             → 17.2 Municipio  <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div>Clave de Municipio</div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> </div>			
IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES			
<b>18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; padding: 2px;">109,255</div>	<b>18.1 Unidad de Medida</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; padding: 2px;">personas</div>
<b>19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; padding: 2px;">1,600</div>	<b>19.1 Unidad de Medida</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; padding: 2px;">personas</div>
<b>20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<b>20.1 Unidad de Medida</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

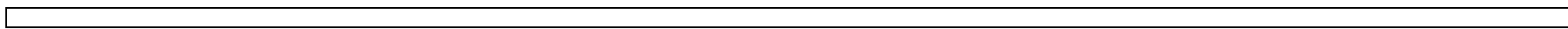
V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA				
21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior?		\$		
22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente?		\$ 776,000		
VI. COPARTICIPACIÓN CON OTROS PROGRAMAS				
23. Con base en la normatividad del programa, ¿se tienen previstos esquemas de coparticipación con otros programas, instancias de gobierno, instituciones, asociaciones y/o beneficiarios?				
1. Sí      2. No      PASAR A 28      SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA				
Núm.	24. Participante	25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC. <small>PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR: PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS</small>	26. Orden de gobierno <small>PARA EL CASO DE PERSONAS BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O ASOCIACIONES NO APLICA</small>	27. Tipo de participación
1	Autonomía, Libertad en Movimiento Asociación Civil	Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente		reparaciones de sillas de ruedas clínicas
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?				
<input checked="" type="checkbox"/> MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS				
1. Educación		3. Alimentación	5. Medio Ambiente	7. Seguridad Social
2. Salud		4. Vivienda	6. Trabajo	8. No discriminación
				9. Bienestar Económico
				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				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS	
------------------------------------------	--

[illegible]







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?	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. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo?	47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo?	
		1. Sí 2. No → PASAR A 45	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	1. Sí 2. No → ¿CUÁL?	
1	1	1. Sí			6. Anual		2. No	1. Sí	Sistema Integral de Registro (Sire)
2	2	1. Sí			6. Anual		2. No	1. Sí	Sistema Integral de Registro (Sire)
3	3	1. Sí			6. Anual		2. No	1. Sí	Sistema Integral de Registro (Sire)
4	4	1. Sí			6. Anual		2. No	1. Sí	Sistema Integral de Registro (Sire)
5	5	1. Sí			6. Anual		2. No	1. Sí	Sistema Integral de Registro (Sire)
XII. OBSERVACIONES									
FIRMAS									
ELABORÓ					AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA				
<div>_____ MARCELO PALACIOS CANSECO Subdirector de Comunidades de Atención Prioritaria</div>					<div>_____ CESAR GUERRA GARCIA Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión</div>				