

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 corespondiente, donde hay una marca roja)

CONTROL DEL CUESTIONARIO

Siglas de Identificacion:

PAM

Fecha de llenado

DÍA:

07

MES:

08

AÑO:

2025

ID del Programa (lo genera COEVAL)

272

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa:

Reglas de Operación Programa de Apoyo para la Adaptación de Baños para Personas Adultas Mayores (PAM) del Estado de Morelos

1.2 Clave presupuestal:

130010 AF

2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:

Secretaría de Bienestar

2.2 Clave de la Dependencia Responsable:

13

3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:

Dirección General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión

3.2 Clave de la Unidad Administrativa:

13.04

4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa?

2. Estatal

5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa?

1. Responsable

II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa

César

Guerra

García

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión

Teléfono

7773100640

Extensión

66460

Correo electrónico institucional

cesar.guerra

@

morelos.gob.mx

7. Datos del Titular del Programa

César

Guerra

García

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión

Teléfono

7773100640

Extensión

66460

Correo electrónico institucional

cesar.guerra

@

morelos.gob.mx

8. Datos del Enlace del Programa

Cesar

Guerra

García

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión

Teléfono

7773100640

Extensión

66460

Correo electrónico institucional

cesar.guerra@

@

morelos.gob.mx

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA

<div>9. ¿En qué año inició la operación del Programa?</div> <div>2025</div>		<div>10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)</div> <div>1. Sí → PASAR A 11</div> <div>2. No</div> <div>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</div> <div>1. Sí</div>		<div>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?</div> <div>1. Sí → PASAR A 13</div> <div>2. No → TERMINAR CUESTIONARIO</div> <div>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</div>	
<div>11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?</div> <div>Reglas de Operación Programa de Apoyo para la Adaptación de Baños para Personas Adultas Mayores (PAM) del Estado de Morelos</div>					
<div>12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?</div> <div>1. Sí</div> <div>2. No → PASAR A 14</div> <div>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</div> <div>1. Sí</div>		<div>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.</div> <div>https://www.morelos.gob.mx/autonomia-para-el-bienestar</div>			
<div>14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?</div> <div>Mejorar las condiciones de vida de personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad en Morelos y reducir el síndrome de caídas, mediante la dotación de apoyos funcionales para la adaptación de baños, que favorezcan su autonomía, seguridad y bienestar integral.</div>					
<div>15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?</div> <div><div>1.</div><div>I. Proporcionar un paquete de accesorios para la adaptación de baños que, promuevan entornos seguros y accesibles en los hogares de las personas adultas mayores.</div><div>2.</div><div>II. Fomentar la autonomía funcional de las personas adultas mayores en actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el uso del baño.</div><div>3.</div><div></div><div>4.</div><div></div><div>5.</div><div></div></div>					
<div>16 ¿Cuál es la población objetivo del Programa?</div> <div>Quinientas personas adultas mayores de 60 años o más. que se encuentren preferentemente ubicadas en Zonas de Atención Prioritaria ZAP, conforme a la publicación oficial.</div>					
<div>17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?</div> <div>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</div> <div>2. Estatal</div> <div>SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1</div> <div>→ 17.1 Entidad Federativa</div> <div>Morelos</div> <div>Clave de Entidad</div> <div>Morel</div> <div>SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2</div> <div>→ 17.2 Municipio</div> <div></div> <div>Clave de Municipio</div> <div></div>					
IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES					

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?	189,428	18.1 Unidad de Medida	personas
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?	500	19.1 Unidad de Medida	personas
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?	\$	2,000,000

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				
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	<input type="text"/>	3. Alimentación	<input type="text"/>	5. Medio Ambiente	<input type="text"/>	7. Seguridad Social	<input type="text"/>	9. Bienestar Económico	<input type="text"/>
2. Salud	<input checked="" type="text"/>	4. Vivienda	<input checked="" type="text"/>	6. Trabajo	<input type="text"/>	8. No discriminación	<input checked="" type="text"/>	10. Ninguno	<input type="text"/>

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

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]

[illegible]

X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN									
Para esta sección, es necesario que llene una pestaña "FOCALIZACION" 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? 1. Si 2. No → ASAR A 45	44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo? <small>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</small> 44.4 ESPECIFICAR		45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo? <small>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</small> 45.7 ESPECIFICAR		46. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo? <small>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</small>	47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo? 1. Si 2. No → ¿CUÁL?	
1	1	1. Si	1. Personas		6. Anual		2. No	1. Si	Sistema Integral de Registro (SIRE)
XII. OBSERVACIONES									
FIRMAS									
ELABORÓ					AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA				
MARCELO PALACIOS CANSECO					CESAR GUERRA GARCÍA				

