

# Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

## CONTROL DEL CUESTIONARIO

Folio CUAPS:

Fecha de llenado DÍA:  MES:  AÑO:

Folio del Registro de Adhesión de

Clave de usuario:

## I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa:

1.2 Clave presupuestal:

Dependencia Responsable:

Dependencia Responsable:

3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:

3.2 Clave de la Unidad Administrativa:

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

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

## II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

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

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Teléfono

Extensión

Correo electrónico institución  @

### 7. Datos del Titular del Programa

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Teléfono

Extensión

Correo electrónico institucional  @

### 8. Datos del Enlace del Programa

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo

Teléfono

Extensión

Correo electrónico institución  @

### III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA

¿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. Sí → PASAR A 11

2. No

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

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. Sí → 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?

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

1. Sí      2. No → PASAR A 14

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDE

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.

[www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5389045&fecha=16/04/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5389045&fecha=16/04/2015)

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

Prevenir y controlar el Dengue mediante estrategias de manejo integrado con participación social y multisectorial

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

1. Fomentar la mejora continua de los procesos de prevención y control del Dengue con integración interinstitucional para reducir la exposición al riesgo.
2. Intensificar las acciones de promoción y protección de la salud con correspondencia municipal y ciudadana para el autocuidado de la salud y fomento de entornos saludables.
3. Evitar el incremento de la incidencia y la mortalidad por Dengue posterior a desastres naturales y atender con oportunidad eventos emergentes, con acciones simultáneas y participación multisectorial.
4. Mejorar la oportunidad y calidad de la vigilancia epidemiológica y entomológica para la toma de decisiones.
- 5.

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

La población objetivo se refiere a la población que el Programa tiene planeado atender durante el año; cada año se seleccionan con base a un análisis histórico de riesgo, los municipios, localidades y colonias de riesgo para Dengue que se atenderán de manera preventiva con acciones contra el vector de Dengue.

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa? SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDE

SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1 → 17.1 Entidad Federativa

Clave de Entidad

SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2 Municipio

Clave de Municipio

**IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES**

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población por	<input type="text" value="33"/>	18.1 Unidad de Medida	<input type="text" value="Municipios"/>
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población ob	<input type="text" value="19"/>	19.1 Unidad de Medida	<input type="text" value="Municipios"/>
20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal a	<input type="text" value="19"/>	20.1 Unidad de Medida	<input type="text" value="Municipios"/>

**V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA**

21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior	\$ <input type="text" value="42,595,438"/>
22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente?	\$ <input type="text" value="42,595,438"/>

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

**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	Control Larvario	Eliminar criaderos y larvas del vector transmisor de Dengue	19 municipios de riesgo	
2	Rociado a caso probable	Evitar la transmisión de casos de Dengue	Casos probables de Dengue notificados por SSM, IMSS, ISSSTE y privados	
3	Nebulización espacial	Disminuir la transmisión de casos de Dengue	Localidades con brotes de Dengue	

**IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS**

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	34. Nombre del apoyo	35. Describa el apoyo <i>EJEMPLO: SON BECAS A ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR</i>		36. ¿A qué tipo de población se le entrega el apoyo?						
					36.6 ESPECIFICAR						
1	1	Control larvario	Eliminación de criaderos en las viviendas y control de depósitos permanentes			localidad					
2	1	Rociado a caso probable	Rociado residual en el 100% de los casos probables y casas aledañas			vivienda					
3	1	Nebulización espacial	Nebulización espacial en localidades con brotes epidémicos			localidad					
Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	37. ¿Qué tipo de apoyo se les otorga a los beneficiarios? <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS							38. ¿Con qué periodicidad se realiza la acción o se entrega el apoyo? <i>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</i>	39. ¿A qué monto equivale el apoyo que se otorga? <i>ANOTAR EL MONTO CONFORME A LA PERIODICIDAD SEÑALADA. SI NO EXISTE EQUIVALENCIA, PASAR A 40.</i>	
		A	B	C	D	E	F	G		37.G ESPECIFICAR	
1	1					x			Trimestre		
2	1					x			Otro	Notificación de casos probables de Dengue	
3	1					x			Otro	Notificación de brote de Dengue	

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	41.19 Especificar	
1	1																				x	2	Servicio
2	1																				x	2	Servicio
3	1																				x	2	Servicio

**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? → 1. Sí	44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo? <i>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</i>		45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo? <i>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</i>		46. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo? <i>SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE</i>	47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo? 1. Sí → 2. No	
			44.4 ESPECIFICAR		45.7 ESPECIFICAR			¿CUÁL?	
1	1	1	servicios o acciones comunitarias		anual		sí	2	
2	1	1	viviendas		cuando se atiende al caso		sí	2	
3	1	1	servicios o acciones comunitarias		cuando se atiende la localidad		sí	2	

**XII. OBSERVACIONES**

**FIRMAS**

**ELABORÓ**

**AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA**

\_\_\_\_\_  
Fabioa Reyes Román

Responsable Estatal del Programa Dengue

\_\_\_\_\_  
Cassandra González Acosta

Responsable de la Coordinación de Enfermedades Transmitidas por Vector y Zoonosis