

Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

CONTROL DEL CUESTIONARIO

Folio CUAPS:

Fecha de llenado DÍA: MES: AÑO: 2017

Folio del Registro de Adhesión del SISI:

Clave de usuario:

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa:

1.2 Clave presupuestal:

2.1 Nombre de la 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 institucional @

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 institucional @

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA

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

2005

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
2. 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. Sí → PASAR A 13
2. No → TERMINAR CUESTIONARIO

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA
SI

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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCION DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR

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

1. Sí 2. No → PASAR A 14

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

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.

http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/reglamentos_estatales/pdf/RINTDIFMO.pdf

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

Normar, coordinar, promover e instrumentar acciones que tengan como finalidad mejorar el nivel y la calidad de vida de la población adulta mayor vulnerable, fortalecer sus capacidades y las de sus familias y garantizar sus derechos humanos a través de los servicios que presta el Sistema DIF Morelos.

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

1. Brindar una atención integral a las personas adultas mayores del Estado que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad
2. Mantener, prolongar y/o recuperar la funcionalidad física, mental y social de las y los adultos mayores
3. Fomentar el autocuidado, la autoayuda y la autogestión
4. Brindar capacitación gerontológica continua al personal que tiene contacto con las personas adultas mayores
5. Promover el reconocimiento social, económico y político de las personas adultas mayores

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

Adultos Mayores de 60 años en adelante

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 2. Estatal

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

IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?	230,271	18.1 Unidad de Medida	Personas
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?	10,000	19.1 Unidad de Medida	Personas
20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?	7,723	20.1 Unidad de Medida	Personas

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. <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 checked="" 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 checked="" 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 1. Sí

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	Desarrollo Gerontológico Integral	Impulsar acciones integrales para recuperar, mantener y f	Adultos mayores de 60 años en adelante	6
2	Casa de Día Cuautla	Proporcionar un espacio de convivencia y desarrollo media	Adultos mayores de 60 años en adelante	7
3				
4				
5				

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?							38. ¿Con qué periodicidad se realiza la acción o se entrega el apoyo?		39. ¿A qué monto equivale el apoyo que se otorga?	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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)							SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE		ANOTAR EL MONTO CONFORME A LA PERIODICIDAD SEÑALADA. SI NO EXISTE EQUIVALENCIA, PASAR A 40.	
		A	B	C	D	E	F	G	37.G ESPECIFICAR	38.11 ESPECIFICAR	MONTO EN PESOS	PERIODICIDAD
1	1						X	Cursos o talleres	4. Mensual		No aplica	
1	2							X Recreación y esparcimiento	2. Semanal		No aplica	
1	3							X Asesoría para mejorar la calidad del servicio	4. Mensual		No aplica	
1	4					X		Localización de adultos mayores extraviados	11. Otro (Especificar)	Cuando se presente el caso	No aplica	
1	5						X	Cultura	4. Mensual		No aplica	
1	6					X		Servicios y actividades	1. Diario		No aplica	
2	1					X		Salud	1. Diario		No aplica	
2	2					X		Desarrollo humano	1. Diario		No aplica	
2	3					X		Trabajo social	1. Diario		No aplica	
2	4					X		Educación	1. Diario		No aplica	
2	5						X	Servicio de alimentación	1. Diario		No aplica	
2	6						X	Servicios varios	6. Trimestral		No aplica	
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
		40. ¿En qué indicador de la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL contribuye directamente el apoyo? <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN CONFORME AL SIGUIENTE LISTADO. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. SOLO SI SE RESPONDE "NINGUNA DE LAS ANTERIORES" PASAR A 41. SI SELECCIONA ALGUNO DE LOS INDICADORES PASAR A LA PREGUNTA 42. A. Reduce la inseguridad alimentaria severa B. Reduce la inseguridad alimentaria moderada C. Incrementa el número de viviendas con piso firme D. Incrementa el número de viviendas con techo de losa de concreto o viguetas con bovedilla, terrado con vigería, lámina metálica, asbesto, palma, teja o de calidad superior E. Reduce el número de viviendas con muros de barro, bajareque, carrizo, bambú, palma, lámina de cartón, metálica, asbesto o material de desecho							41. Si el apoyo no contribuye en ninguno de los indicadores mencionados en la pregunta anterior. Indique la temática que atiende. 1 Educación 2 Salud 3 Alimentación 4 Vivienda 5 Medio Ambiente			

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	1. Personas		1. Mensual		2. No	2. No	
1	2	1. Sí	1. Personas		4. Cuatrimestral		2. No	1. Sí	Estudio socioeconómico
1	3	1. Sí	4. Otro (ESPECIFICAR)	Casas de Día supervisadas	1. Mensual		2. No	2. No	
1	4	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	registra un nuev	2. No	2. No	
1	5	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	2. No	
1	6	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	1	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	2	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	3	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	4	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	5	1. Sí	1. Personas		7. Otro (ESPECIFICAR)	Diario	2. No	2. No	
2	6	1. Sí	1. Personas		4. Cuatrimestral		2. No	2. No	
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								

XII. OBSERVACIONES

Se corrigieron dos puntos: el año en que inicia la operación del programa y el objetivo general del mismo, toda vez que en el CUAPS 2017 no estan correctos. A276

FIRMAS

ELABORÓ

AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA


 Ashanty Casas Cruz
 Jefe de departamento de Centros Gerontológicos


 Diana Monter Rosales
 Directora de Desarrollo y Fortalecimiento Familiar