**Complete los siguientes apartados con la información que se solicita**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clave y nombre de Ramo:** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clave y nombre del Programa Presupuestario** |  |  |

| **1. Descripción de la problemática** |
| --- |
| Describa ¿Cuál es la **problemática** o situación que se pretende atender? y si aplica ¿cómo afecta esta problemática de manera diferenciada a mujeres y hombres o como afecta a ciertos grupos de atención prioritaria? (incluya datos estadísticos). |
|  |

| **2. Análisis de la población objetivo y/o área de enfoque** |
| --- |
| 2.1 Establezca a quien está dirigido el **programa** (Señale **todas** las opciones que aplique y agregue los comentarios necesarios para aclarar o definir mejor la población objetivo y/o área de enfoque seleccionados). |
| **Población**   |  |  | | --- | --- | | * Población en general |  | | * Sólo hombres (no se distingue condición) |  | | * Sólo mujeres (no se distingue condición) |  | | * Niños, niñas y adolescentes |  | | * Jóvenes (12 a 29 años) |  | | * Estudiantes y/o profesores |  | | * Personas en situación de pobreza |  | | * Personas con discapacidad |  | | * Trabajadores y trabajadoras |  | | * Personas en contexto de movilidad |  | | * Pueblos originarios, comunidades indígenas y/o afrodescendientes |  | | * Personas de la diversidad sexual |  | | * Personas en situación de calle |  | | * Personas en situación de violencia (víctimas) |  | | * Adultos mayores |  | | * Personas usuarias de sustancias |  | | * Personas privadas de la libertad y/o liberados * Funcionarios |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Área de enfoque**   |  |  | | --- | --- | | * Dependencias de gobierno |  | | * Empresas / Unidades productivas |  | | * Cámaras, asociaciones, colectivos u otros grupos |  | | * Infraestructura de salud (hospitales, centros etc.) |  | | * Infraestructura educativa (Planteles escolares) |  | | * Infraestructura deportiva (unidades, canchas, gimnasios etc.) |  | | * Infraestructura cultural |  | | * Otro tipo de infraestructura (especificar) |  | | * Viviendas |  | | * Municipios |  | | * Contribuyentes |  | | * Localidades |  | | * Medio ambiente |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Otros gestores o solicitantes específicos | | |  | | Especificar |  |  | | | |  | | |  |  | |
| 2.2 ¿Cuáles son las **características demográficas, sociales, económicas y políticas específicas de las opciones seleccionadas en el apartado (2.1)**? (este apartado describa por separado las características de cada una de las poblaciones y/o áreas de enfoque identificadas y utilice estadística para la caracterización). |
|  |

| **3. Alternativas de solución y Alineación ODS / Derechos humanos** |
| --- |
| Enliste las **principales** alternativas para dar **solución y/o disminuir los efectos adversos** a la problemática o situación abordada. Para ello, es necesario considerar lo siguiente:   * Consultar los instrumentos de planeación tales como: el PED 2022-2027 y los programas derivados de este), para identificar la línea de política que tenga una vinculación directa con el problema a atender. * Con base en lo anterior, ubique a que objetivo(s) ODS y que derecho(s) humano(s) en particular se busca atender.   Haga uso del Anexo 1 de este formato (puede ser un máximo de 3 ODS) |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Alternativa de solución** | **Línea de política del PED** | **Programa derivado**  **(Nombre y acción(es)** | **ODS** | **Derecho(s) Humano(s)** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |

| **4. Marco Normativo** | |
| --- | --- |
| 4.1 Enlistar las leyes, reglamentos u otros instrumentos normativos que sustenten al programa | |
| **Federales** | |
| **Estatales** | |
|  | **SI / NO / NO APLICA** | |
| 4.2 ¿El Programa es sujeto a Reglas de operación? |  | |
| 4.3 ¿El Programa cuenta con Reglas de operación vigentes? |  | |
| 4.4 ¿Las Reglas de Operación están orientadas con Perspectiva de Género (PeG)? |  | |
| 4.5 ¿Las Reglas de Operación están orientadas en específico a la atención de alguna de las opciones señaladas en el punto 2.1 de este formato |  | |
| Si su respuesta es SÍ, enlistar las ligas electrónicas de acceso directo a los documentos (si no están publicadas, anexe los archivos al presente formato): |  | |
|  |  | |
| 4.6 ¿Actualmente el Programa cuenta con padrón de beneficiarios? |  | |
| **Si su respuesta es SÍ**, enlistar las ligas electrónicas de acceso directo a los documentos. Si su respuesta es NO, justificar brevemente en el espacio inferior y pase al apartado 6. |  | |
|  |  | |
| 4.6 ¿El padrón de beneficiarios esta desagregado por hombre y mujer? |  | |
| 4.7 ¿En el padrón de beneficiarios están identificados las opciones señaladas en el punto 2.1? |  | |

| **5. Relación del programa con otros programas** |
| --- |
| 5.1 Enliste el (los) programa(s) **federales** con los cuales guarda relación (similitud o complementariedad)este programa estatal. |
|  |
| 5.2 Enliste el (los) programa(s) **estatales**, (de esta dependencia/instancia y/u otras) con los cuales guarda relación (similitud o complementariedad)este programa estatal. |
|  |

| **6. Seleccione el o los niveles de socialización que aplique para la elaboración de este diagnóstico:** | |
| --- | --- |
|  | **SI / NO / NO APLICA** |
| 6.1 Sólo la Unidad responsable de Programa |  |
| 6.2 Con las demás áreas de la Institución |  |
| 6.3 Intervención de otras Dependencias/Entidades (Federales y/o Estatales) |  |
| 6.4 Participación de los señalados en la pregunta 2.1 |  |
| 6.5 Si su respuesta es “SI” Anexe evidencia de esta participación (Fotos, listas de asistencia, presentaciones, notas informativas etc.) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de elaboración: |  |  |  |
|  |  |  | Nombre, cargo y firma de la persona que haya **llenado** este formado |
| Fecha de actualización: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre, cargo y firma de la persona que haya **revisado** este formato |  |  | Nombre, cargo y firma de la persona que haya **validado** este formato |
|  |  |