

# NFCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES  
**Número de Registro:** CSMAC 01-2024  
**Fecha de Registro:** 17-SEPTIEMBRE- 2024  
**Motivo de la Reunión:** CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITE

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO TELEFONO	FIRMA
1	José Adán Flores Franco	N1-ELIMINADO 7	N2-ELIMINADO 8
2	Olivia Fumiko Hirata Tanamachi		
3	Blanca Esteban Tovar Rodríguez		
4	MARIA DEL ROSARIO SANCHEZ H		
5	Jessica Sandra Inclán Mora		
6	Manuel Gutiérrez Silva		
7	Rafael Martínez Martínez		
8	Blanca Amida Ortiz		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Encargado(s) del Registro:

Sergio Alberto López López   
Nombre y firma del Servidor Público

Observaciones del Evento:

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES

Número de Registro: CSMAC- 01-2024

Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024

Tipo de Vigilancia: PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

- |      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 1.-  | ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |
| 3.-  | ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |
| 4.-  | ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?   | 1 <input type="checkbox"/> Si            | 0 <input checked="" type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                        |
| 5.-  | ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |
| 6.-  | ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |
| 7.-  | ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?  | 0 <input type="checkbox"/> Si            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                        |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 <input type="checkbox"/> Si            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                        |
| 9.-  | ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?   | 0 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 1 <input type="checkbox"/> No            | Mejorar disposición<br>Observaciones / Comentarios |
| 10.- | ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 <input type="checkbox"/> No            | Observaciones / Comentarios                        |

N3-ELIMINADO 8

Evalúa por el Comité:

*Manuel Gutiérrez Silva*  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro:

*Sergio Alberto López López*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES

**Número de Registro:** CSMAC- 01-2024

**Fecha de Registro:** 17 DE SEPTIEMBRE 2024

**Tipo de Vigilancia:** PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

1.- ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

4.- ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

0  Si 1  No

Observaciones / Comentarios

8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?

0  Si 1  No

Observaciones / Comentarios

9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?

0  Si 1  No

*Felicitation*

Observaciones / Comentarios

10.- ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

**Evalúa por el Comité:**

*Jorge Adán Flores Franco*  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N4-ELIMINADO 8

**Encargado del Registro:**

*Sergio Alberto López López*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES

**Número de Registro:** CSMAC- 01-2024

**Fecha de Registro:** 17 DE SEPTIEMBRE 2024

**Tipo de Vigilancia:** PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <p>1.- ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?</p>   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>4.- ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?</p>   | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>10.- ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité?</p> | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |

**Evalúa por el Comité:**

Blanca Estela Tovar Rodriguez

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N5-ELIMINADO 8

**Encargado del Registro:**

Blanca Estela Tovar. Sergio Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES

**Número de Registro:** CSMAC- 01-2024

**Fecha de Registro:** 17 DE SEPTIEMBRE 2024

**Tipo de Vigilancia:** PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

- |  |   |  |   |  |   |
|--|---|--|---|--|---|
| <p>1.- ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?</p>   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>4.- ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?</p>   | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 1 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p> <p><i>Felicitación ACSA, Manuel Itzel.</i></p> |
| <p>10.- ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité?</p> | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>Observaciones / Comentarios</p>  |

N6-ELIMINADO 8

**Evalúa por el Comité:** Jessica Sandra Inclán Mora  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

**Encargado del Registro:** Sergio Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES

Número de Registro: CSMAC- 01-2024

Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024

Tipo de Vigilancia: PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

1.- ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

4.- ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?

1  0  No

Observaciones / Comentarios

7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

0  Si 1  No

Observaciones / Comentarios

8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?

0  Si 1  No

Observaciones / Comentarios

9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?

0  1  No

PARA EL PROGRAMA  
Observaciones / Comentarios

10.- ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité?

1  0  No

N7-ELIMINADO 8 Observaciones / Comentarios

Evalúa por el Comité:

*Rafael Martinez Marquez*

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro:

*Sergio Alberto Lopez Lopez*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES  
**Número de Registro:** CSMAC- 01-2024  
**Fecha de Registro:** 17 DE SEPTIEMBRE 2024  
**Tipo de Vigilancia:** PRIMERA EVALUACION



## EVALUACIÓN

- |  |   |                                     |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <p>1.- ¿Considera que recibió la información y/o capacitación para realizar sus funciones en esta fase del programa?</p>   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>4.- ¿Se cumple con el desarrollo de las actividades conforme a las fechas establecidas y/o informadas durante la capacitación?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?</p>   | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/> <p style="color: blue; font-style: italic;">Continuación del Programa<br/>ACercamos</p> |
| <p>10.- ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité?</p> | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/>   |

N8-ELIMINADO 8

**Evalúa por el Comité:** Blanca Amola Ortiz  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Cd

**Encargado del Registro:** Sergio Alberto López López

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES  
Número de Registro: CSMAC-04- 2024  
Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024

Un Salto Con Destino



Guadalajara

## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo: Jorge Adon Flores Franco

Domicilio: N9-ELIMINADO 4

A. Materno

Teléfono: N10-ELIMINADO 7

Firma o huella digital:

N11-ELIMINADO 8

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja

Denuncia

Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa

Entrega - Recepción del Programa

Proceso Administrativo

Normatividad

Proceso Operativo

Otra(especifique) \_\_\_\_\_

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

Solo Felicitar y Gracias Por mirar a los Enfermos renales y Cancer.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe:

Sergio Alberto Lopez Lopez

Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones: \_\_\_\_\_

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES  
Número de Registro: CSMAC-04- 2024  
Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo: Manuel Gutiérrez Sique  
Nombre (s) A. Paterno A. Materno  
Domicilio: N12-ELIMINADO 4 N13-ELIMINADO 8  
Teléfono: N14-ELIMINADO 7 Firma o huella digital: [Redacted]

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja  Denuncia  Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa  Entrega - Recepción del Programa  
 Proceso Administrativo  Normatividad  
 Proceso Operativo  Otra(especifique) Dispensación

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

Excelente el trabajo operativo del programa A.Cercosuelos, ayudo mucho al trabajo de las OSC.  
Mejorar tiempos de dispensación ya que generan efecto dañino en negativo.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe: Sergio Alberto López López  
Nombre y firma del Servidor Público

Observaciones: \_\_\_\_\_

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES

Número de Registro: CSMAC-04- 2024

Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

Blanca

Amiola

Ortiz.

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio:

N15-ELIMINADO 4

N16-ELIMINADO 8

Calle, número y colonia

Teléfono:

N18-ELIMINADO 7

N17-ELIMINADO 4

Firma o huella digital:

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja

Denuncia

Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa

Entrega - Recepción del Programa

Proceso Administrativo

Normatividad

Proceso Operativo

Otra(especifique) Continuación del Programa. Acercarnos.

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

Mi sugerencia es que el programa Acercarnos que brinda apoyo a las Asociaciones Civiles siga trabajando para que haya más recursos para seguir apoyando.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe:

Sergio Alberto Lopez Lopez

Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones: \_\_\_\_\_

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES

FUNDAION TIERRA MIA AC.

Número de Registro: CSMAC-04- 2024

17 DE SEPTIEMBRE

Fecha de Registro: 2024



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

RINCEZ

MARTINEZ

MARTINEZ

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio:

N19-ELIMINADO 4

N20-ELIMINADO 8

Teléfono:

N21-ELIMINADO 7

Firma o huella digital:

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja

Denuncia

Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa

Entrega - Recepción del Programa

Proceso Administrativo

Normatividad

Proceso Operativo

Otra(especifique) \_\_\_\_\_

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

FELICITAR AL PROGRAMA Y PEDIR SU CONTINUACION.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe:

Sergio Alberto López López

Nombre y firma del Servidor Público

Observaciones: \_\_\_\_\_

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES  
Número de Registro: CSMAC-04- 2024  
Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE 2024



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo: Blanca Estela Tovar Rodriguez  
Domicilio: N22-ELIMINADO 4  
Teléfono: N23-ELIMINADO 7  
Firma o huella digital: N24-ELIMINADO B

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja  Denuncia  Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa  Entrega - Recepción del Programa  
 Proceso Administrativo  Normatividad  
 Proceso Operativo  Otra(especifique) \_\_\_\_\_

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

El programa nos ha presentado grandes beneficios, es de gran respaldo para seguir contribuyendo con los apoyos que se brindan a las personas que atendemos en situación vulnerable. El programa es muy cercano, atento y trabaja en forma muy transparente, lo que genera confianza y expresamos nuestra gratitud.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe:

Sergio Alberto Lopez Lopez  
Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones:

# FCSM06 - REPORTE DE QUEJAS, DENUNCIAS O SUGERENCIAS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ASOCIACIONES CIVILES

Número de Registro: CSMAC-04- 2024

Fecha de Registro: 17 DE SEPTIEMBRE

2024



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo: Jessica S. Inclán Mora

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio: N25-ELIMINADO 4

Calle, número y colonia

N26-ELIMINADO 8

Teléfono: N27-ELIMINADO 7

Firma o huella digital:

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja

Denuncia

Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa

Entrega - Recepción del Programa

Proceso Administrativo

Normatividad

Proceso Operativo

Otra(especifique) \_\_\_\_\_

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado: !! Felicidades!!

Quiero felicitar a quien conforma y hace posible este programa principalmente Acsa, Itzel y Manuel, quien en este proceso siempre estan dando lo mejor de cada uno con una disposición y entrega extraordinaria, gracias al gobierno de Guadalajara y a todo su equipo. Mil gracias que siga este programa.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: \_\_\_\_\_

Recibe:

Sergio Alberto Lopez Lopez  
Nombre y Firma del Servidor Publico

Observaciones: \_\_\_\_\_

# FCSM03 - MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

En la Ciudad de Guadalajara, Jalisco siendo las 10:00 horas del día 17 de Septiembre del 2024 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa de Asociaciones Civiles a fin de llevar a cabo la Capacitación y Conformación de Comité de la contraloría social municipal; lo anterior con fundamento en la Ley General de Desarrollo Social; Ley de Desarrollo Social para el Estado de Jalisco y el Reglamento de participación ciudadana para la gobernanza del municipio de Guadalajara.

GENERALES	
<b>Nombre del Programa:</b>	ASOCIACIONES CIVILES
<b>Número de Registro:</b>	CSMAC 02-2024
<b>Fecha de Registro</b>	17 DE SEPTIEMBRE DEL 2024
<b>Motivo de la Reunión</b>	CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITE

ORDEN DEL DIA	
1	Verificación de Quórum
2	Capacitación
3	Conformación de Comité
4	Primera Evaluación

ASISTENTES			
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
1	Mariel	Gutiérrez	<i>[Firma]</i>
2	Jorge	Adán Flores Franco	<i>[Firma]</i>
3	Blanca Estela	Tovar Rodríguez	
4	Jessica Sandra	Inclán Mora	
5	Rhinez	Arreola Martínez	
6	Blanca Ariola	Ortiz	
7			
8			
9			
10			

N28-ELIMINADO 8

**COMPROMISOS**

ACTIVIDADES		FECHA	RESPONSABLES
1	Asistencia a junta de la Contraloría social Municipal	17-Septiembre-2024	Comité de la Contraloría Social Municipal
2	Capacitación Y Conformación de Comité	17 Septiembre-2024	Jefe del Programa Sergio Alberto López López
3	Primera Evaluación	17 Septiembre-2024	Lic. T.S Ana Bertha Rodríguez Bravo

**MISCELANEOS**

¿Se proporcionó información, formatos u otro tipo de material para uso del comité de la contraloría?

SI     NO

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> FCSM01 Acta de Registro (copia)    | <input type="checkbox"/> FCSM06 Reporte de Quejas, Denuncias o Sugerencias |
| <input checked="" type="checkbox"/> FCSM02 Lista de Asistencia (copia) | <input type="checkbox"/> FCSM Acta de Entrega- Recepción                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> FCSM03 Minuta (copia)              | <input checked="" type="checkbox"/> Ficha Técnica del Programa             |
| <input checked="" type="checkbox"/> FCSM04 Cedula de Vigilancia        | <input type="checkbox"/> Tríptico Informativo                              |
| <input type="checkbox"/> FCSM05 Solicitud de Información               | <input type="checkbox"/> Otro (especifique):                               |

N29-ELIMINADO 8

Firma de recibido:

*Manuel Gutiérrez Silva*  
Nombre y firma del Representante del Comité de la Contraloría Social

Encargado(s) del Registro:

*Sergio Alberto López López*  
Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones del Evento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# NFCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** ASOCIACIONES CIVILES  
**Número de Registro:** CSMAC 01-2024  
**Fecha de Registro:** 17-SEPTIEMBRE- 2024  
**Motivo de la Reunión:** SEGUNDA EVALUACION

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO TELEFONO	FIRMA
1	Manoel Gutierrez	Silva	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>N30-ELIMINADO 7</span> <span>N31-ELIMINADO 8</span> </div>
2	Jorge Adan Flores	Franco	
3	Blanca Estela Tovar	Rodriguez	
4	Jessica Sandra Inclán	Mora	
5	MARIA DEL ROSARIO SANDRINI	HERNANDEZ ROSA	
6	Blanca Amiel	Ortiz	
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**Encargado(s) del Registro:** Sergio Alberto López López

Nombre y firma del Servidor Publico

**Observaciones del Evento:** \_\_\_\_\_