

# NFCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 2024  
**Motivo de la Reunión:** PRIMERA EVALUACION

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO TELEFONO	FIRMA
1	Laura Lizbeth	Castañeda Rosales	N1-ELIMINADO 5
2	Arelis	Michael Medrano Prieto	N2-ELIMINADO 6
3	Mayra	Hernandez Flores	
4	Mayra Lizbeth	Guzmán Rivalcaba	
5	Clara Noemi	Anaya Quintero	
6	Juan José	García Sanchez	
7	Melby Yareli Alexy	García López Murguía	
8	Angel Eduardo	Flores Hernandez	
9	Jesse Enrique	Bonilla Castellanos	
10	Vianey	Rivera Hernandez	
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:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|      |  |   |                                     |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|      |  |   |                                     |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 5.-  | ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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 type="checkbox"/> Si         | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |                             |
|      |  |   |                                     |   |  | 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|      |  |   |                                     |   |  | Observaciones / Comentarios |

**Evalúa por el Comité:**

*Laura Libeth Castañeda Rosales*

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N3-ELIMINAR

**Encargado del Registro:**

*Sergio Alberto López López*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</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"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |

N4=ELIMINADO 6

**Evalúa por el Comité:** Vianey Rivera Hernandez  
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:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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 | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</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"/> SI | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |

N5-ELIMINADO 6

**Evalúa por el Comité:** Areli Michael Alcarano Prieto  
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: EN BUENAS MANOS  
 Número de Registro: CSMEBM- 02-2024  
 Fecha de Registro: 31 DE MAYO 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 checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input 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 type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | _____                       |
|      |  |   |  |   |  | 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 |

MINADO

Evalúa por el Comité: Mayra Hernandez Flores  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría

Encargado del Registro: Sergio Alberto Lopez Lopez

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: EN BUENAS MANOS  
 Número de Registro: CSMEBM- 02-2024  
 Fecha de Registro: 31 DE MAYO 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | Observaciones / Comentarios |
| 5.-  | ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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"/>            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | Observaciones / Comentarios |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 <input type="checkbox"/>            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | Observaciones / Comentarios |
| 9.-  | ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?   | 0 <input type="checkbox"/>            | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |                                       |                                       |    | Observaciones / Comentarios |

Evalúa por el Comité:

Mayra Lizbeth Guzmán Rualcaba

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N7=ELIMINADO 6

Encargado del Registro:

Sergio Alberto Lopez Lopez

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>3.- ¿El proceso evaluado es claro y abona para el logro de los objetivos del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <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 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>7.- ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?</p>   | 0 | <input type="checkbox"/> Si         | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si         | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/> Si         | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |
| <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 | <input type="checkbox"/> No            |  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |  |  |  |

**Evalúa por el Comité:** Clara Nemi Anaya Quintero  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N8-ELIMIN

**Encargado del Registro:** Sergio Alberto Lopez Lopez

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <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                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <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                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <p>5.- ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <p>6.- ¿Considera que los requisitos evaluados son adecuados para esta fase del programa?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | No                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <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"/> |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <p>8.- ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <p>9.- ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?</p>  | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |
| <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                                  |  |
| Observaciones / Comentarios  |   |                                     |   |                                     |  |

Evalúa por el Comité:

Juan Lo Carrera  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría

N9-ELIMINADO 6

Encargado del Registro:

Sergio Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: EN BUENAS MANOS  
 Número de Registro: CSMEBM- 02-2024  
 Fecha de Registro: 31 DE MAYO 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 5.-  | ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 9.-  | ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?   | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No | _____                       |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |

Evalúa por el Comité: Kelly Yareli Alexy Graiss Lopez Murguion  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N10-ELIMINADO

Encargado del Registro: Sergio Alberto Lopez Lopez

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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 checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input 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 type="checkbox"/> Si            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |                             |
|      |  |   |  |   |  | 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 |

**Evalúa por el Comité:**

Angel Eduardo Flores Hernandez

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N11-ELIMINADO

**Encargado del Registro:**

Sergio Alberto Lopez Lopez

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** EN BUENAS MANOS  
**Número de Registro:** CSMEBM- 02-2024  
**Fecha de Registro:** 31 DE MAYO 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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 checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 5.-  | ¿Considera que los procedimientos evaluados son adecuados para esta fase del programa?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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"/> | 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"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |
| 9.-  | ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?   | 0 | <input type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | 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"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | No |                             |
|      |  |   |                                     |   |                                     |    | Observaciones / Comentarios |

Evalúa por el Comité:

José Enrique Bernal Castellanos  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro:

Sergio Alberto López López

Observaciones / Comentarios

N12-ELIMINADO 6

## FCSM03 - MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

En la Ciudad de Guadalajara, Jalisco siendo las 10:00 horas del día 31 de Mayo del 2024 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa En Buenas Manos a fin de llevar a cabo la Capacitación Y Conformación de 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>	EN BUENAS MANOS
<b>Número de Registro:</b>	CSMEBM 02-2024
<b>Fecha de Registro</b>	31 DE MAYO 2024
<b>Motivo de la Reunión</b>	CAPACITACION Y CONFORMACION DE LA CONTRALORIA SOCIAL PRIMERA EVALUACION

### ORDEN DEL DIA

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1 | Verificación de Quórum      |
| 2 | Capacitación y Conformación |
| 3 | Primera Evaluación          |

### ASISTENTES

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
1	Laura Libeth	Castañeda Rosales	N13-ELIMINADO 6
2	Vianey	Rivera Hernandez	
3	Arceli Michael	Medrano Prieto	
4	Mayra	Hernandez Flores	
5	Mayra Libeth	Guzmán Ruvalcaba	
6	Clara Noemi	Anaya Quintero	
7	Juan José	García Sánchez	
8	Kelly Arceli Alexy	García López Magaña	
9	Ángel Eduardo	Flores Hernandez	
10	Jose Enrique	Bonilla Castellanos	

COMPROMISOS			
ACTIVIDADES		FECHA	RESPONSABLES
1	Asistencia a junta de la Contraloría social Municipal	31-Mayo-2024	Comité de la Contraloría Social Municipal
2	Presentación del Programa		Jefa del Programa Lic. Jessica Priscila Barba Rodríguez
3	Evaluación		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

- FCSM01 Acta de Registro (copia)
- FCSM02 Lista de Asistencia (copia)
- FCSM03 Minuta (copia)
- FCSM04 Cedula de Vigilancia
- FCSM05 Solicitud de Información
- FCSM06 Reporte de Quejas, Denuncias o Sugerencias
- FCSM Acta de Entrega- Recepción
- Ficha Técnica del Programa
- Tríptico Informativo
- Otro (especifique):

Firma de recibido: Laura Libeth Castañeda Rosales  
Nombre y firma del Representante del Comité de la Contraloría Social

N14-ELIMINADO 6

Encargado(s) del Registro: Sergio Albato León López  
Nombre y firma del Servidor Público

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

## FUNDAMENTO LEGAL

- 1.- ELIMINADO el número de teléfono celular de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracción IX de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 2.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 3.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 4.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 5.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 6.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 7.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 8.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 9.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 10.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 11.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 12.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 13.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.
- 14.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos

## FUNDAMENTO LEGAL

3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

15.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

16.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

17.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

18.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

19.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

20.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

21.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

22.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

23.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

24.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

\* "LTAIPEJM: Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.

LPDPPSOEJM: Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Jalisco y sus Municipios.

LGPPICR: Lineamientos Generales para la Protección de la Información Confidencial y Reservada que deberán observar los sujetos obligados previstos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios."