

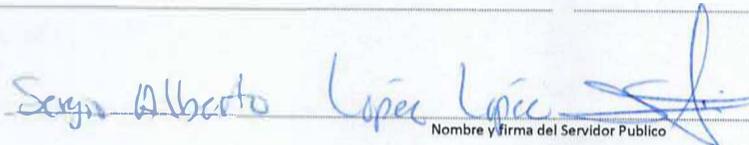
# FCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** CORAZON CONTENTO  
**Número de Registro:** CSMCC 01-2024  
**Fecha de Registro:** 22 DE MARZO 2024  
**Motivo de la Reunión:** CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITÉ

| NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO        | APELLIDO MATERNO | TELEFONO  | FIRMA          |                |
|------------|-------------------------|------------------|-----------|----------------|----------------|
| 1          | Marcela                 | Gonzalez         | Urzua     | N1-ELIMINADO 5 | N2-ELIMINADO 6 |
| 2          | M <sup>a</sup> Victoria | Gonzalez         | Carbajal  |                |                |
| 3          | Irma                    | Roa              | Robledo   |                |                |
| 4          | Maria del Refugio       | Castro           | Rodriguez |                |                |
| 5          | Reynaldo                | Zapatitla        | cruz      |                |                |
| 6          |                         |                  |           |                |                |
| 7          |                         |                  |           |                |                |
| 8          |                         |                  |           |                |                |
| 9          |                         |                  |           |                |                |
| 10         |                         |                  |           |                |                |
| 11         |                         |                  |           |                |                |
| 12         |                         |                  |           |                |                |
| 13         |                         |                  |           |                |                |
| 14         |                         |                  |           |                |                |
| 15         |                         |                  |           |                |                |

Encargado(s) del Registro:

  
 Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones del Evento:

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: CORAZON CONTENTO  
 Número de Registro: CSMCC- 01-2024  
 Fecha de Registro: 21 DE MARZO 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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | _____                       |
|      |  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 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"/> Sí | 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"/> Sí | 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"/> Sí | 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"/> Sí | 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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | _____                       |
|      |  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |

N3-ELIMINADO 6

Evalúa por el Comité:

Maria del Refugio Castro R.  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro:

Sejio Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** CORAZON CONTENTO  
**Número de Registro:** CSMCC- 01-2024  
**Fecha de Registro:** 21 DE MARZO 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"/>            | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |
| <p>2.- ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?</p>  | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | <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 | <input type="checkbox"/>            | <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 | <input type="checkbox"/>            | <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 | <input type="checkbox"/>            | <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 | <input type="checkbox"/>            | <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 type="checkbox"/>            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <p>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"/> | 0 | <input type="checkbox"/>            | <p>Observaciones / Comentarios</p> <hr/> |

**Evalúa por el Comité:** Lyra Roa Robledo N4-ELIMINADO 6  
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:** CORAZON CONTENTO  
**Número de Registro:** CSMCC- 01-2024  
**Fecha de Registro:** 21 DE MARZO 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            | <hr/> <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            | <hr/> <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            | <hr/> <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            | <hr/> <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            | <hr/> <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            | <hr/> <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 | <hr/> <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 | <hr/> <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 | <hr/> <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            | <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |

**Evalúa por el Comité:** M<sup>te</sup> Victoria Gonzalez Carbajal  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

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

N5-ELIMINADO 6

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: CORAZON CONTENTO

Número de Registro: CSMCC- 01-2024

Fecha de Registro: 21 DE MARZO 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 |

N6-ELIMINADO 6

Evalúa por el Comité: Marcela González Vizcarra  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro: Señor Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: CORAZON CONTENTO  
 Número de Registro: CSMCC- 01-2024  
 Fecha de Registro: 21 DE MARZO 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  
 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:

Reynaldo Zapotitlan Cruz  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N7-ELIMINADO 6

Encargado del Registro:

Sergio Alberto López López

# FCSM03 - MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

En la Ciudad de Guadalajara, Jalisco siendo las 12:00 horas del día 21 de Marzo del 2024 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa Corazón Contento 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> | CORAZON CONTENTO                       |
| <b>Número de Registro:</b>  | CSMCC 01-2024                          |
| <b>Fecha de Registro</b>    | 21 DE MARZO 2024                       |
| <b>Motivo de la Reunión</b> | CAPACITACION<br>CONFORMACION DE COMITÉ |

| ORDEN DEL DIA |  |
|---------------|--|
| 1             | Verificación de Quórum                 |
| 2             | Capacitación<br>Conformación de Comité |
| 3             | Primera Evaluación                     |
|               |  |
|               |  |

| ASISTENTES |                         |                  |                  |                |
|------------|-------------------------|------------------|------------------|----------------|
|            | NOMBRE (S)              | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | FIRMA          |
| 1          | Marcela                 | González         | Urzua            | N8-ELIMINADO 6 |
| 2          | M <sup>a</sup> Victoria | Gonzalez         | Carbajal         |                |
| 3          | Irma                    | Roa Robledo      |                  |                |
| 4          | Maria del Refugio       | Castro           | Rodriguez        |                |
| 5          | Reynaldo                | Zapotitlan       | Cruz             |                |
| 6          |                         |                  |                  |                |
| 7          |                         |                  |                  |                |
| 8          |                         |                  |                  |                |
| 9          |                         |                  |                  |                |
| 10         |                         |                  |                  |                |

**COMPROMISOS**

|   | ACTIVIDADES   | FECHA         | RESPONSABLES                                    |
|---|---|---------------|---|
| 1 | Asistencia a junta de la Contraloría social Municipal | 21-Marzo-2024 | Comité de la Contraloría Social Municipal       |
| 2 | Capacitación de la Contraloría                        | 21-Marzo-2024 | Jefe del Programa<br>Sergio Alberto López López |
| 3 | Conformación de Comité                                | 21-Marzo-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

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

N9-ELIMINADO 6

Firma de recibido: Marcela González Urzua  
Nombre y firma del Representante del Comité de

Encargado(s) del Registro: Sergio Alberto López 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.

\* "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."