

FCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES
Número de Registro: CSMEIM 01-2024
Fecha de Registro: 22 DE MARZO 2024
Motivo de la Reunión: CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITÉ

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
------------	------------------	------------------	-------

1	Minerva	Joneth Pérez López	N1-ELIMINADO 5
2	Gerardo	Leonel Huerta Ramos	N2-ELIMINADO 6
3	Claudia Elizabeth	Camacho Cortez	
4	Dayana	Montserrat Rodríguez M.	
5			
6			
7			
8			
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: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES
Número de Registro: CSMEIM- 01-2024
Fecha de Registro: 22 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 |

Evalúa por el Comité:

Gerardo Leonel Huerta Ramos

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N3-ELIMINADO 6

Encargado del Registro:

Sergio Alberto Lopez Lopez

FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES
 Número de Registro: CSMEIM- 01-2024
 Fecha de Registro: 22 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 |

Evalúa por el Comité:

Rodriguez Morales Daviana Monserrat
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N4-ELIMINADO

Encargado del Registro:

Sergio Alberto Lopez Lopez

FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES
Número de Registro: CSMEIM- 01-2024
Fecha de Registro: 22 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" 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> | <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Si <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> | <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Si <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> | <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> Si <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> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |

Evalúa por el Comité:

Claudia Elizabeth Camacho Cortez

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N5-ELIMINADO



Encargado del Registro:

Sergio Alberto López López

FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES

Número de Registro: CSMEIM- 01-2024

Fecha de Registro: 22 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"/> | 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 |

Observaciones / Comentarios

N6-ELIMINADO 6

Evalúa por el Comité: Mirena Janeth Pérez López

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

Encargado del Registro: Sergio Alberto López López

FCSM03 - MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

En la Ciudad de Guadalajara, Jalisco siendo las 10:00 horas del día 22 de Marzo del 2024 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa Estancias Infantiles Municipales 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

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES
Número de Registro: CSMEIM 01-2024
Fecha de Registro: 22 DE MARZO 2024
Motivo de la Reunión: CAPACITACION
 CONFORMACION DE COMITÉ

ORDEN DEL DIA

- 1 Verificación de Quórum
- 2 Capacitación
Conformación de Comité
- 3 Primera Evaluación

ASISTENTES

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
1	Mineva	Janeth	N7-ELIMINADO 6
	Pérez	López	
2	Gerardo	Leonel	
	Huerta	Ramos	
3	Claudia	Elizabeth	
	Camacho	Cortez	
4	Rodríguez	Morales	
	Daxana	Manserrat	
5			
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	Laura Patricia Corona Jiménez Coordinadora Administrativa
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)
- 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):

N8-ELIMINADO

Firma de recibido: Rodriguez Morales Dayana Monserrat
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: _____

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

GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES

Número de Registro: CSMEIM-01- 2024

Fecha de Registro: 22 DE MARZO-2024



DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

Abudia Elizabeth Camacho

Cortez

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio:

N9-ELIMINADO 2

N11-ELIMINADO 6

Calle, número y colonia

Teléfono:

N10-ELIMINADO 5

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:

Siempre todo suma y agradezco mucho a todo el equipo de la guardería estancia [redacted] en el cuidado y esparcimiento sano y educativo y que esta llena de niños muchas gracias por que este programa lo necesitamos.

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: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES

Número de Registro: CSMEIM-01- 2024

Fecha de Registro: 22 DE MARZO-2024



DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

Mirneva Janeth Pérez López

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio:

N12-ELIMINADO 2

Calle, número y colonia

N14-ELIMINADO 6

Teléfono:

N13-ELIMINADO 5

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:

Muy buen servicio por parte de Estancia [REDACTED] de servicio, alimentos y la educación que tienen los proyectos y la decoración.

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: _____

Recibe:

Sergio Alberto López López

Nombre y firma del Servidor Público

Observaciones:

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.- ELIMINADO el domicilio de un 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.
- 10.- 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.
- 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.- ELIMINADO el domicilio de un 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.
- 13.- 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.
- 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.

* "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."