

# NFCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

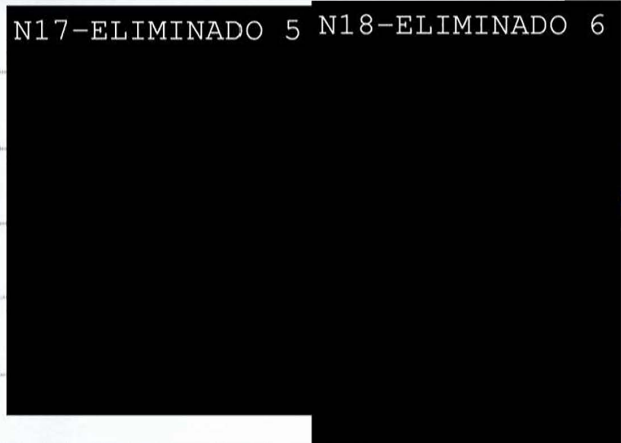
## GENERALES

**Nombre del Programa:** GUADALAJARA INCLUYENTE  
**Número de Registro:** CSMGI 01-2024  
**Fecha de Registro:** 06-AGOSTO- 2024  
**Motivo de la Reunión:** CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITE

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

- 1 Maria Isabel Ruiz González
- 2 BERTHA ALICIA RODRIGUEZ GARCIA
- 3 Delia Beatriz Arreola Benitez
- 4 HILDA MARIA HERRERA
- 5 RIGOBERTO HENRICO NORRIGAL PARRILLA
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_
- 11 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_

N17-ELIMINADO 5 N18-ELIMINADO 6



**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:** GUADALAJARA INCLUYENTE

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

**Fecha de Registro:** 06 DE AGOSTO 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"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No |                             |
|      |  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 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"/> Sí            | 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 |

**Evalúa por el Comité:**

*Maria Isabel Ruiz Glez*

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N19-ELIMINADO 6

**Encargado del Registro:**

*Sergio Alberto Lopez Lopez*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** GUADALAJARA INCLUYENTE  
**Número de Registro:** CSMGI- 01-2024  
**Fecha de Registro:** 06 DE AGOSTO 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            | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |
| 2.-  | ¿Se atiende la población objetivo del programa para esta fase?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/><br>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            | <hr/><br>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            | <hr/><br>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            | <hr/><br>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            | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |
| 7.-  | ¿El programa se utiliza con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?  | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |
| 8.-  | ¿Existió alguna irregularidad durante la evaluación del proceso?   | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |
| 9.-  | ¿Se generan reportes de denuncias, quejas o sugerencias al momento de la evaluación?   | 0 | <input type="checkbox"/> Sí            | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> No | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |
| 10.- | ¿Considera que hasta el momento se le ha proporcionado información y/o materiales de trabajo adecuados para el desempeño de sus actividades como miembro del comité? | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/><br>Observaciones / Comentarios |

**Evalúa por el Comité:** BERTHA ALICIA RODRIGUEZ GARCIA  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N20-ELIMINADO

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



# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: GUADALAJARA INCLUYENTE

Número de Registro: CSMGI- 01-2024

Fecha de Registro: 06 DE AGOSTO 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: Hilda María Herrera Muñoz  
Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N21-ELIMINA

Encargado del Registro: Sergio Alberto López López

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: GUADALAJARA INCLUYENTE

Número de Registro: CSMGI- 01-2024

Fecha de Registro: 06 DE AGOSTO 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:

*Ricoberto Heladio Madrigal Padilla*

Nombre y firma del miembro del Comité de la Contraloría Social

N22-ELIMINADO

Encargado del Registro:

*Sergio Alberto López López*

# FCSM04 - CEDULA DE VIGILANCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

**Nombre del Programa:** GUADALAJARA INCLUYENTE  
**Número de Registro:** CSMGI- 01-2024  
**Fecha de Registro:** 06 DE AGOSTO 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            | <hr/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <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/> <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/> <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/> <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"/> Sí | 0 | <input type="checkbox"/> No            | <hr/> <hr/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observaciones / Comentarios</p> |

**Evalúa por el Comité:** Delia Beatriz Arreola Benitez

N1-ELIMINADO 8

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 6 de Agosto del 2024 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa De Guadalajara Incluyente 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 lo gobernanza del municipio de Guadalajara.

## GENERALES

**Nombre del Programa:** GUADALAJARA INCLUYENTE  
**Número de Registro:** CSMGI 01-2024  
**Fecha de Registro:** 6 DE AGOSTO DEL 2024  
**Motivo de la Reunión:** CAPACITACION Y CONFORMACION DE COMITE

## ORDEN DEL DIA

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

## ASISTENTES

	NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
1	Maria Isabel	RUIZ	González	N23-ELIMINADO 6
2	BERTHA ALICIA	RODRIGUEZ	GARCÍA	
3	HILDA MARIA	HERCERA	MANZO	
4	RIGOBERTO	HENRIQ	MADRIGAL	
5	Delia Beatriz	Arreola	Benitez	
6				
7				
8				
9				
10				

**COMPROMISOS**

	ACTIVIDADES	FECHA	RESPONSABLES
1	Asistencia a junta de la Contraloría social Municipal	06- Agosto- 2024	Comité de la Contraloría Social Municipal
2	Capacitación Y Conformación de Comité	06- Agosto- 2024	Jefe del Programa Sergio Alberto López López
3	Primera Evaluación	06- Agosto- 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):

Firma de recibido: Maria Isabel Ruiz González  
Nombre y firma del Representante del Comité de la Contraloría

N24-ELIMINADO 6

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

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



## FUNDAMENTO LEGAL

1.- ELIMINADO la firma 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; 3.1 fracción IX y X de la LPDPPSOEJM; y Trigésimo Octavo fracción I numeral 1 de los LGMCDIEVP

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

LGMCDIEVP: Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas.

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