

# FCSM02 - LISTA DE ASISTENCIA DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

## GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALES  
 Número de Registro: CSMEIM 01-2023  
 Fecha de Registro: 06 DE NOVIEMBRE 2023  
 Motivo de la Reunión: SEGUNDA EVALUACION

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	TELEFONO	FIRMA	
1	Mario Elizabeth Solano	Camacho	Cortez	Olivia	
2					
3	Maximo	CAJITOS	MARIA DE LOS ANGELES	MARIA MAXIMO	
4	Gerardo Leonel	Huerta	RAMOS		
5	EDGAR MANUEL MALDONADO GONZÁLEZ				
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Encargado(s) del Registro: *Olivia Romero Daniel Alejandro*  
Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones del Evento:

## REPORTE FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

El siguiente reporte tiene por objetivo retroalimentar de manera cualitativa y cuantitativa sobre las acciones ejercidas por los comités sociales municipales evaluados el día 6 de Noviembre del 2023 y que es representada por quien firma al final del documento.

1.- ¿Qué información conocieron después de conformar la Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para que sirve una Contraloría Social | <input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiarios            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del programa     | <input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios |

2.- ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar información del programa     | <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar el uso correctos de los recursos                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento del programa | <input checked="" type="checkbox"/> Generar quejas, denuncias o sugerencias para su atención |

3.- ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para recibir mejor calidad en los programas | <input type="checkbox"/> Para recibir oportunamente los apoyos                                  |
| <input type="checkbox"/> Para que el programa funcione mejor         | <input checked="" type="checkbox"/> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios |

- |  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 4.- ¿Después de realizar la supervisión del programa considera que cumple con lo que se informó que entregaría?                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |
| 5.- ¿Entregaron quejas, denuncias o sugerencias sobre la aplicación u operación del programa? (Si la respuesta es No, pase a la 7)   | 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |
| 6.- ¿Recibieron respuesta de las quejas, denuncias o sugerencias que entregaron a la autoridad competente?                           | 2 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Seleccione Sí = "No aplica" |
| 7.- ¿Considera que las fechas, tiempos y espacios asignados para las actividades del comité fueron adecuados?                        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |
| 8.- ¿Los servidores públicos que dieron seguimiento a las actividades del comité fueron profesionales en el desempeño de las mismas? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |
| 9.- ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?                     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |
| 10.- ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios |

EVALÚA POR EL COMITÉ:

Maria Elizabeth Salazar Ortiz

Nombre y Firma del Representante de la Contraloría Social

Comentarios

## REPORTE FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

El siguiente reporte tiene por objetivo retroalimentar de manera cualitativa y cuantitativa sobre las acciones ejercidas por los comités sociales municipales evaluados el día 6 de Noviembre del 2023 y que es representada por quien firma al final del documento.

1.- ¿Qué información conocieron después de conformar la Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

Para que sirve una Contraloría Social

Requisitos para ser beneficiarios

Objetivos del programa

Derechos y obligaciones de los beneficiarios

2.- ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron? (puede seleccionar más de una opción .25)

Solicitar información del programa

Vigilar el uso correctos de los recursos

Verificar el cumplimiento del programa

Generar quejas, denuncias o sugerencias para su atención

3.- ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

Para recibir mejor calidad en los programas

Para recibir oportunamente los apoyos

Para que el programa funcione mejor

Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios

4.- ¿Después de realizar la supervisión del programa considera que cumple con lo que se informó que entregaría?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

5.- ¿Entregaron quejas, denuncias o sugerencias sobre la aplicación u operación del programa? (Si la respuesta es No, pase a la 7)

0  Si 2  No

Observaciones / Comentarios

6.- ¿Recibieron respuesta de las quejas, denuncias o sugerencias que entregaron a la autoridad competente?

2  Si 0  No

Seleccione Si = "No aplica"

Observaciones / Comentarios

7.- ¿Considera que las fechas, tiempos y espacios asignados para las actividades del comité fueron adecuados?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

8.- ¿Los servidores públicos que dieron seguimiento a las actividades del comité fueron profesionales en el desempeño de las mismas?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

9.- ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

10.- ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

EVALÚA POR EL COMITÉ:

Claudia Elizabeth Camacho Collez

Nombre y Firma del Representante de la Contraloría Social

## REPORTE FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

El siguiente reporte tiene por objetivo retroalimentar de manera cualitativa y cuantitativa sobre las acciones ejercidas por los comités sociales municipales evaluados el día 6 de Noviembre del 2023 y que es representada por quien firma al final del documento.

1.- ¿Qué información conocieron después de conformar la Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que sirve una Contraloría Social | <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiarios            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del programa                | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios |

2.- ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar información del programa     | <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar el uso correctos de los recursos                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento del programa | <input checked="" type="checkbox"/> Generar quejas, denuncias o sugerencias para su atención |

3.- ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir mejor calidad en los programas | <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir oportunamente los apoyos                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que el programa funcione mejor         | <input checked="" type="checkbox"/> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios |

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 4.- ¿Después de realizar la supervisión del programa considera que cumple con lo que se informó que entregaría?                      | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |
| 5.- ¿Entregaron quejas, denuncias o sugerencias sobre la aplicación u operación del programa? (Si la respuesta es No, pase a la 7)   | 0 <input checked="" type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios<br>Seleccione Si o "No aplica" |
| 6.- ¿Recibieron respuesta de las quejas, denuncias o sugerencias que entregaron a la autoridad competente?                           | 2 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |
| 7.- ¿Considera que las fechas, tiempos y espacios asignados para las actividades del comité fueron adecuados?                        | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |
| 8.- ¿Los servidores públicos que dieron seguimiento a las actividades del comité fueron profesionales en el desempeño de las mismas? | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |
| 9.- ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?                     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |
| 10.- ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?   | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No | Observaciones / Comentarios                                |

EVALÚA POR EL COMITÉ: MARIA DE LOS ANGELES MAZANO

Nombre y Firma del Representante de la Contraloría Social

## REPORTE FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

El siguiente reporte tiene por objetivo retroalimentar de manera cualitativa y cuantitativa sobre las acciones ejercidas por los comités sociales municipales evaluados el día 6 de Noviembre del 2023 y que es representada por quien firma al final del documento.

1.- ¿Qué información conocieron después de conformar la Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que sirve una Contraloría Social | <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiarios            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del programa                | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios |

2.- ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar información del programa     | <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar el uso correctos de los recursos      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento del programa | <input type="checkbox"/> Generar quejas, denuncias o sugerencias para su atención |

3.- ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir mejor calidad en los programas | <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir oportunamente los apoyos                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que el programa funcione mejor         | <input checked="" type="checkbox"/> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios |

- |  |   |  |   |  |                             |
|--|---|--|---|--|-----------------------------|
| 4.- ¿Después de realizar la supervisión del programa considera que cumple con lo que se informó que entregaría?                      | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 5.- ¿Entregaron quejas, denuncias o sugerencias sobre la aplicación u operación del programa? (Si la respuesta es No, pase a la 7)   | 0 | <input type="checkbox"/> Si            | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> No |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 6.- ¿Recibieron respuesta de las quejas, denuncias o sugerencias que entregaron a la autoridad competente?                           | 2 | <input type="checkbox"/> Si            | 0 | <input type="checkbox"/> No            | Seleccione SI = "No aplica" |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 7.- ¿Considera que las fechas, tiempos y espacios asignados para las actividades del comité fueron adecuados?                        | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 8.- ¿Los servidores públicos que dieron seguimiento a las actividades del comité fueron profesionales en el desempeño de las mismas? | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 9.- ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?                     | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |
| 10.- ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> Si | 0 | <input type="checkbox"/> No            |                             |
|  |   |  |   |  | Observaciones / Comentarios |

EVALÚA POR EL COMITÉ:

Gerardo Huerta

Nombre y Firma del Representante de la Contraloría Social

## REPORTE FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

El siguiente reporte tiene por objetivo retroalimentar de manera cualitativa y cuantitativa sobre las acciones ejercidas por los comités sociales municipales evaluados el día 6 de Octubre del 2023 y que es representada por quien firma al final del documento.

1.- ¿Qué información conocieron después de conformar la Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que sirve una Contraloría Social | <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiarios            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del programa                | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios |

2.- ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar información del programa     | <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar el uso correctos de los recursos                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento del programa | <input checked="" type="checkbox"/> Generar quejas, denuncias o sugerencias para su atención |

3.- ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede seleccionar más de una opción .25)

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir mejor calidad en los programas | <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir oportunamente los apoyos                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para que el programa funcione mejor         | <input checked="" type="checkbox"/> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios |

4.- ¿Después de realizar la supervisión del programa considera que cumple con lo que se informó que entregaría?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

5.- ¿Entregaron quejas, denuncias o sugerencias sobre la aplicación u operación del programa? (Si la respuesta es No, pase a la 7)

0  Si 2  No

Observaciones / Comentarios

6.- ¿Recibieron respuesta de las quejas, denuncias o sugerencias que entregaron a la autoridad competente?

2  Si 0  No

Selección SI = "No aplica"

Observaciones / Comentarios

7.- ¿Considera que las fechas, tiempos y espacios asignados para las actividades del comité fueron adecuados?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

8.- ¿Los servidores públicos que dieron seguimiento a las actividades del comité fueron profesionales en el desempeño de las mismas?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

9.- ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

10.- ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?

1  Si 0  No

Observaciones / Comentarios

EVALÚA POR EL COMITÉ:

EDGAR MANUEL MALDONADO GONZÁLEZ

Nombre y Firma del Representante de la Contraloría Social

# FCSM03 - MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

En la Ciudad de Guadalajara, Jalisco siendo las 10:00 horas del día 06 de Noviembre del 2023 se reunieron los miembros del comité de la contraloría social del Programa Estancias Infantiles Municipales a fin de llevar a cabo la segunda evaluación y verificación 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 MUNICIPALES  
**Número de Registro:** CSMEIM 01-2023  
**Fecha de Registro:** 06 DE NOVIEMBRE 2023  
**Motivo de la Reunión:** SEGUNDA EVALUACION

## ORDEN DEL DIA

- 1 Verificación de Quórum
- 2 Presentación por proyección del Programa
- 3 Segunda Evaluación

## ASISTENTES

NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FIRMA
1	Marja Elizabeth Salazar	Ortiz	
2	Claudia Camacho	Cortez	
3	MARIA DE LOS ANGELES	MARIANO CAMPOS	
4	Gerardo Leonel	Huerta Ramos	
5	EDGAR MANUEL MAIDONADO	GONZALEZ	
6			
7			
8			
9			
10			

## COMPROMISOS

ACTIVIDADES	FECHA	RESPONSABLES
1	Asistencia a junta de evaluación del Programa	06-Noviembre 2023 Comité de la Contraloría Social Municipal
2	Presentación del Programa en proyección	06-Noviembre 2023 Laura Patricia Corona Jiménez Coordinadora Administrativa
3	Presentar la dinámica de evaluación para el programa	06-Noviembre 2023 Lic. T.S Ana Bertha Rodríguez Bravo

## MISCELANEOS

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

SI
 

NO

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

Firma de recibido: Maria Elizabeth Salazar Ortiz  
Nombre y firma del Representante del Comité de la Contraloría Social



Encargado(s) del Registro: Ortiz Romero Daniel Alejandro  
Nombre y firma del Servidor Público

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



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

## GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALEA

Número de Registro: CSMEIM -01 2023

06 DE NOVIEMBRE

Fecha de Registro: 2023



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

Maria Elizabeth Salazar

Nombre (s)

A. Paterno

Ortiz

A. Materno

Domicilio:

Teléfono:

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:

Un porcentaje de papas de familia tiene cierta limitación para acceder a una cuota semanal para complementos (ajustes, reparaciones, materiales) de la estancia

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

Recibe:

Ortiz Romero Daniel Alejandro

Nombre y firma del Servidor Público

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

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

## GENERALES

Nombre del Programa: ESTANCIAS INFANTILES MUNICIPALEA

Número de Registro: CSMEIM -01 2023

Fecha de Registro: 06 DE NOVIEMBRE

2023



## DATOS DEL REPORTE

Nombre Completo:

Claudia Elizabeth Camacho

Cortez

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Domicilio:

[Redacted]

[Redacted]

Teléfono:

[Redacted]

Firma o huella digital:

[Redacted]

Seleccione el tipo de reporte que realiza:

Queja

Denuncia

Sugerencia

Seleccione a que segmento refiere el reporte:

Funcionarios del Programa

Entrega - Recepción del Programa

Proceso Administrativo

Normatividad

Proceso Operativo

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

Observaciones y/o detalles del reporte efectuado:

De acuerdo con la reuniones mensuales, no muchos papais cuenta con el recurso para la aportacion voluntaria, la cual hace falta para recursos en la estancia. Sugiero un apoyo para la estancia muchos gracias!

Fecha tentativa de respuesta al reporte presentado: 06/NOV/23

Recibe:

Ortiz Romeo Daniel Alejandro etd  
Nombre y firma del Servidor Publico

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FUNDAMENTO LEGAL

- 1.- 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.
- 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.- 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.
- 12.- 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.
- 13.- 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.
- 14.- ELIMINADO el número de teléfono celular de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de

## FUNDAMENTO LEGAL

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.

\* "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."