	NOMBRE		CÓDIGO	
	Esterilización (Campañas de esterilización de mascotas).		GUA- DSM – 06 - A	
	DEPENDENCIA RESPONSABLE		Trámite/servicio	X
	Dirección General de Desarrollo Social y Humano		Proceso	

OBJETIVO
Llevar a cabo las campañas de esterilización que ayuden a disminuir el número de perros y gatos en el municipio.

DESCRIPCIÓN
Este servicio se presta para que los ciudadanos acudan con su mascota a las campañas de esterilización que se programan en distintos lugares de la ciudad, se realizan de manera conjunta con asociaciones protectoras de animales y la Dirección de Salud y Control Municipal a lo largo del año.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Ciudadano	X	Personas físicas	X	Personas morales	X
----------------------	-----------	---	------------------	---	------------------	---

DEPENDENCIA RESPONSABLE	
Oficina receptora	Dirección General de Desarrollo Social y Humano
Oficina resolutora	Dirección General de Desarrollo Social y Humano
Domicilio: Calle ex Estacion del Ferrocarril s/n C.P. 36000	Municipio: Guanajuato
Teléfono: 01 473 73 2 4363; 73 2 9492	Horario de atención: 09 a.m. a 03:30 p.m.
Fax: No aplica	Correo electrónico: marco.campos@guanajuato.gob.mx


FUNDAMENTO JURÍDICO		
	Disposición	Artículos
1	Ley de para protección de los animales domésticos en el Estado de Guanajuato,	
2	Reglamento para la protección de los animales domésticos del municipio de Guanajuato	

REQUISITOS				
	Requisitos	Especificaciones o condiciones	Original	Copia
1	Presentar a la mascota.		1	
2	Llenar formato de registro.		1	

TIEMPO DE RESOLUCIÓN	COSTO	FUNDAMENTO JURÍDICO
2 días promedio	Donación Voluntaria.	

FORMATO(S)							
¿Tiene formato la solicitud?	Si		No	X	Clave		Se anexa
¿Tiene formato el documento?	SÍ		No	X	Clave		Se anexa

SALIDA O DOCUMENTO QUE SE EXPIDE		
Descripción	Especificaciones	Vigencia

	NOMBRE		CÓDIGO	
	Esterilización (Campañas de esterilización de mascotas).		GUA- DSM – 06 - A	
	DEPENDENCIA RESPONSABLE		Trámite/servicio	X
	Dirección General de Desarrollo Social y Humano		Proceso	

Hoja de indicación de cuidados.	No aplica	única
---------------------------------	-----------	-------

SANCIONES
No aplica

INDICADORES DE MEDICIÓN			
Descripción	Fórmula	Periodo de medición	Meta
Servicios solicitados	(Servicios realizados / servicios solicitados) * 100	Anual	

PERIODO DE MAYOR DEMANDA
Todo el año.

RIESGOS IDENTIFICADOS	PROPUESTAS DE MITIGACIÓN
No aplica	No aplica.

SUGERENCIAS DE MEJORA	MOTIVO
No aplica	No aplica.

OBSERVACIONES ADICIONALES
No aplica

FECHA	12 de agosto de 2019	RESPONSABLE	Director de Salud
-------	----------------------	-------------	-------------------