Registro Municipal de Trámites y Servicios
Cédula de Información

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

NOMBRE:	CÓDIGO:	TRAMITE/SERVICIO:
ESTERILIZACIÓN DE PERROS Y GATOS	**PC/03**	**SERVICIO**

DESCRIPCIÓN
CIRUGÍA DE ESTERILIZACIÓN A MASCOTAS

FUNDAMENTO LEGAL:	**ARTÍCULO 84, FRACIÓN XV DEL BANDO MUNICIPAL DE CHALCO; LEY ORGANICA MUNICIPAL, CAPITULO 6 BIS, ARTICULO 124 BIS, FRACCIONES I Y III**		
DOCUMENTOS A OBTENER:	**NO APLICA**	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	**NO APLICA**
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	**NO**	DIRECCIÓN WEB:	**NO APLICA**
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	**A PETICIÓN DEL DUEÑO DE LA MASCOTA**		
COSTO:	**GRATUITO**	FUNDAMENTO LEGAL PARA SU COBRO:	**NO APLICA**
FORMA DE PAGO:	**NO APLICA**		
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	**NO APLICA**		
OTRAS ALTERNATIVAS:	**NO APLICA**		

REQUISITOS:	PRESENTACIÓN DEL REQUISITO:	FUNDAMENTO LEGAL PARA LA SOLICITUD:
PERSONAS FÍSICAS		
FIRMAR CARTA RESPONSIVA Y LLEVAR A LA MASCOTA A LAS INSTALACIONES	**CON COLLAR/ARNES, CORREA, BOZAL. GATOS E TRASNPORTADORA, ABOS CASOS CON LA INFORMACION DE PESO EN KG., BAÑADOS Y EN AYUNO DE ACURDO A LAS INDICACIONES PROPORCIONADAS EN ENTREVISTA, BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y SIN TRATAMIENTO MEDICO PREVENTIVO.**	**ARTÍCULO 84, FRACCION XV DEL BANDO MUNICIPAL DE CHALCO; LEY ORGANICA MUNICIPAL, CAPITULO 6 BIS, ARTICULO 124 BIS, FRACCIONES I Y III**
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVA		
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
INSTITUCIONES PÚBLICAS		
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**

FORMATO(S) PARA LA GESTIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO		
NOMBRES(S) DEL FORMATO(S) PARA LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO	FECHA DE PUBLICACIÓN	LINK DE DESCARGA
NO APLICA	**2022-04-28**	**NO APLICA**

¿EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE ESCRITO?	INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL ESCRITO LIBRE
NO	**NO APLICA**

PLAZOS PARA LA CONCLUSIÓN DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	PLAZO CON EL QUE CUENTA EL ÁREA RESPONSABLE PARA PREVENIR AL SOLICITANTE EN EL CASO DE QUE SE REQUIERA	PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SOLICITANTE PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN
1 DÍA	**1 DÍA**	**1 DÍA**

¿APLICA AFIRMATIVA FICTA?	¿APLICA NEGATIVA FICTA?
NO	**NO**

PASOS A SEGUIR SEGÚN LA MODALIDAD		
PRESENCIAL	EN LÍNEA	TELEFÓNICA

EL SOLICITANTE DEBERA LLAMAR O ACUDIR A LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE CONTROL Y BIENESTAR ANIMAL PARA REGISTRO. EL PERSONAL SE COMUNICARA VIA TELEFONICA PARA INFORMA FECHA, HORARIO DE ATENCION Y BRINDAR INDICACIONES. EL SOLICITANTE ACUDIRA A SU CITA, FIRMARA CARTA RESPONSIVA, SE REALIZARA EL PROCEDIMIENTO Y BRINDARN INDICACIONES DE CUIDADOS POST-OPERATORIOS	**NO APLICA**	**SOLO SE BRINDAN INFORMES**

CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	
PROCEDENTE CUANDO:	IMPROCEDENTE CUANDO:
CUMPLA CON LOS REQUISITOS	**CUANDO HAYA UNA NEGATIVA DE FIRMAR CARTA DE RESPONSABILIDAD O LA MASCOTA NO ESTE EN CONDICIONES DE SALUD PARA LA CIRUGÍA**
¿EL TRAMITE REQUIERE INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA?	¿CUAL ES EL OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA?
NO APLICA	**NO APLICA**
¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN CONSERVAR PARA FINES DE LA ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN DEL TRÁMITE?	HIPERVÍNCULO DEL REGISTRO MUNICIPAL DE VISTAS DOMICILIARIAS
NO APLICA	**NO APLICA**

ÁREA RESPONSABLE DEL TRÁMITE					
DEPENDENCIA U ORGANISMO:			UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
COORDINACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL			**COORDINACIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL**		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	**ALEJANDRO MARTÍNEZ PEÑA**		CARGO:	**COORDINADOR MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL**	
SERVIDOR PÚBLICO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN:	**ALEJANDRO MARTÍNEZ PEÑA**		CARGO:	**COORDINADOR MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL**	
DOMICILIO: CALLE:	**AV, AQUILES SERDAN**			NO. INT. Y EXT.:	**S/N**
COLONIA:	**SAN MIGUEL JACALONES I**		MUNICIPIO:	**CHALCO**	
CP.: **56604**	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN	**DE 9:00 A 16:00 DE LUNES A VIERNES; DE 9:00 A 13: 00 SABADOS**			
LADA:	TELÉFONOS:	EXT.:	CORREO ELECTRÓNICO:		
55	**59752821**	**NO APLICA**	**gch.proteccioncivil@gmail.com**		

OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:	**NO APLICA**				
DOMICILIO: CALLE:	**NO APLICA**			NO. INT. Y EXT.:	**NO APLICA**
COLONIA:	**NO APLICA**		MUNICIPIO:	**NO APLICA**	
CP.: **01**	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN	**NO APLICA**			
LADA:	TELÉFONOS:	EXT.:	CORREO ELECTRÓNICO:		
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**		

OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO	
PREGUNTA FRECUENTE 1:	**¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DESPUES DE LA ESTERILIZACIÓN?**
RESPUESTA:	**APLICAR MEDICAMENTO EN LOS HORARIOS INDICADOS Y TENERLOS EN OBSERVACIÓN**
PREGUNTA FRECUENTE 2:	**¿CUÁNTO TARDA EN SANAR MI MASCOTA?**
RESPUESTA:	**DE UNA SEMANA 15 DÍAS**
PREGUNTA FRECUENTE 3:	**¿QUE TIPO DE ESTERILIZACIÓN ES?**
RESPUESTA:	**QUIRÚGIRCA: MACHOS- ORQUIECTOMIA, HEMBRAS- OOFORO-SALPINGO-HISTERECTOMIA (OSH)**

TRAMITES O SERVICIOS RELACIONADAS
NO APLICA

MEDIOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES, QUEJAS O DENUNCIAS CON MOTIVO DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO	
PROTESTA CIUDADANA	QUEJAS O DENUNCIAS

¿Te negaron injustificadamente tu trámite o servicio? ¿Te solicitaron requisitos adicionales a los que están establecidos en esta ficha de trámites o servicio? ¿Tienes alguna queja del servidor Público que te atendió? Presenta una **PROTESTA CIUDADANA** **Presencial:** En la Coordinación General Municipal de Mejora Regulatoria, Planta Alta del Palacio Municipal, Reforma 4, Col. Centro, Chalco, Estado de México, C.P. 56600 **Telefónica:** 55 597 28280 ext. 2133 **Electrónica:** En el micrositio de Mejora regulatoria https://gobiernodechalco.gob.mx/protesta-ciudadana	**Ante la Contraloría Municipal** **Cerro el Coleto Mz 79 Lt I, Zona 6** **Conj. Urbano Los Héroes Chalco** **C.P. 56644** **Tel. 55 597 3 0422** **contraloriamunicipal@gobiernodechalco.gob.mx**

ELABORÓ: **VICTOR MANUEL ROMERO RAMOS**	VISTO BUENO: **ALEJANDRO MARTÍNEZ PEÑA**	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **2024-02-14**