



**NOMBRE DEL TRÁMITE:** Registro al Padron de Asociaciones Protectoras de Animales y Organizaciones Sociales dedicadas al mismo objeto

Ciudad de México, a [ ] de [ ] de [ ]

**Director General** M en C Juan Arturo Rivera Rebolledo

Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales [ ] el cual tiene su fundamento en [ ], cuya finalidad es [ ] y podrán ser transmitidos a [ ], además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Con excepción del teléfono particular, los demás datos son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite [ ]. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es [ ], y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es [ ]. El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono 56 36 46 36; correo electrónico: datospersonales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx.

**DATOS DEL INTERESADO (PERSONA MORAL)**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Nombre de la Asociación de Protección Animal u Organización Social [ ]

Denominación o razón social [ ]

RFC [ ]

¿Cuenta con certificación como donataria autorizada? Si [ ] No [ ]

¿Cuenta con estatutos? Si [ ] No [ ]

**DATOS TITULAR**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Nombre (s) [ ]

Apellido Paterno [ ] Apellido Materno [ ]

Cargo [ ]

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Nombre (s) [ ]

Apellido Paterno [ ] Apellido Materno [ ]

Identificación Oficial [ ] Número / Folio [ ]

Nacionalidad [ ]

**INTRUMENTOS O DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITA LA REPRESENTACIÓN (Poder notarial)**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Número o Folio [ ] Nombre del Notario, Corredor Público o Juez [ ]

Número de Notaría, [ ] Entidad Federativa [ ]

Correduría o Juzgado [ ]

**ACTA CONSTITUTIVA**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Número o Folio del Acta o Póliza		Fecha de otorgamiento	
Nombre del Notario o Corredor Público			
Número de Notaría o Correduría		Entidad Federativa	

**DOMICILIO FISCAL DE SU AGRUPACION**

\*\* Este campo puede ser adicionado de acuerdo a la naturaleza del trámite.


Calle		No. Exterior		No. Interior	
Colonia			Delegación		
Calles aledañas			C.P.		
Número de teléfono fijo		Número de teléfono celular		Fax	

**DOMICILIO SEDE DE SU AGRUPACIÓN**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Calle		No. Exterior		No. Interior	
Colonia			Delegación		
Calles aledañas			C.P.		
Número de teléfono fijo		Número de teléfono celular		Fax	
Correo electrónico			Página electrónica		
Redes sociales					

**CROQUIS DE LOCALIZACIÓN**

  
Norte

Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio o inmueble de interés, las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.

**INSTALACIONES DE APOYO (REFUGIOS, ASILOS, HOGARES TEMPORALES FIJOS, CLÍNICAS MÉDICO- VETERINARIAS)**

\*\* Este campo puede ser adicionado conforme al caso

Tipo de estancia

Especifique brevemente si existen condiciones especiales para recibir a los animales

Especies que recibe  Capacidad  Horarios

Calle  No. Exterior  No. Interior

Colonia  Delegación

Calles aledañas  C.P.

Número de teléfono fijo  Número de teléfono celular  Fax

¿Cuenta con vehículos para el transporte de animales? **Si**  **No**

Tipo de vehículo (marque con una X)

Ambulancia	Vehículo de carga	Clínica móvil	Otros (especifique)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Los vehículos cumplen con los requerimientos que marca la normatividad vigente en la materia? **Si**  **No**

¿Los vehículos cuentan con equipo e insumos para el proposito? **Si**  **No**

¿Los vehículos cuentan con personal calificado para conducirlos? **Si**  **No**

**ESTRUCTURA OPERACIONAL**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Describa la estructura de su organización (organigrama)

Año de fundación  Número de miembros honorarios

Número de miembros activos  Número de médicos veterinarios zootecnistas

Número de personal técnico de apoyo  Número de voluntarios

Otro (Especifique)

**DATOS DE LAS ACTIVIDADES DE SU ORGANIZACIÓN**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios  
 Describa brevemente el objetivo de su agrupación (misión y visión)

Especies a las que se dedica o en las que especializan sus actividades: (marque con una X)

Perros	Gatos	Equinos	Bovinos	Fauna Silvestre (especifique las especies)	Otras
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Su trabajo lo realiza con: (marque con una X)

Recursos propios	Subsidios (especifique)	Donativos	Otros (especifique)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actualmente tiene convenios, programas o acuerdos con:  
 (Describa con cuál o cuáles, así como el programa específico con su fecha de vigencia)

Dependencias de gobierno

Organizaciones no Gubernamentales

Instituciones académicas

**Principales actividades que realiza la agrupación (marque con una X)**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios

Atención a denuncias ciudadanas	<input type="checkbox"/>	Orientación o atención legal	<input type="checkbox"/>	Activismo	<input checked="" type="checkbox"/>	Especifique	<input checked="" type="checkbox"/>
Rescate	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios veterinarios	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adopción	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Servicios de hogar temporal	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Refugio o asilo permanente	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Esterilización	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Especifique la técnica de esterilización						
<input type="checkbox"/>						
Especifique en donde se lleva a cabo la esterilización						
<input type="checkbox"/>						
Eutanasia con barbitúricos, previa sedación profunda	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Incineración	<input type="checkbox"/>	Servicio Gratuito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo especificar costo	<input type="checkbox"/>
Especifique en donde se lleva a cabo la incineración						
<input type="checkbox"/>						
Asistencia en Centros de Atención Canina (antirrábicos)	<input type="checkbox"/>	Especifique cuales de la Ciudad de México y en que consiste la asistencia			<input type="checkbox"/>	
Asistencia en rastros	<input type="checkbox"/>	Especifique cuales de la Ciudad de México y en que consiste la asistencia			<input type="checkbox"/>	
Impartir Cursos de Capacitación en materia de Protección a los Animales	<input type="checkbox"/>	Especifique la frecuencia			<input type="checkbox"/>	
Educación sobre tenencia responsable de animales de compañía	<input type="checkbox"/>	Especifique en donde se imparte			<input type="checkbox"/>	
Realizar campañas de difusión en materia de Protección a los Animales	<input type="checkbox"/>	Especifique en donde se realizan y sobre que tema			<input type="checkbox"/>	
Otras actividades (especifique)	<input type="checkbox"/>					

REQUISITOS	
*Formato de Registro al Padrón debidamente requisitado	*Registro Federal de Contribuyentes
*Comprobante del domicilio fiscal expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público	* Constancia de los Recursos Humanos, Financieros y Materiales que acrediten su capacidad técnica, jurídica y financiera
*En su caso autorización para deducibilidad de impuestos otorgada por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).	* Croquis de ubicación dentro del Distrito Federal por cada instalación o infraestructura de apoyo para fines didácticos o para atención médico veterinaria, manejo y/o refugio de animales lugar
* Comprobante de domicilio de cualquier otra instalación o infraestructura de apoyo para fines didácticos o para atención médico veterinaria, manejo y/o refugio de animales.	*Cinco fotografías que acrediten que las instalaciones son las adecuadas para el desarrollo del objeto.

FUNDAMENTO JURÍDICO
*Artículo 56 bis fracción XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal
*Artículo 9 fracción VII de la Ley de Protección a los Animales del Distrito Federal
*Artículo 14 de la Ley de Protección a los Animales del Distrito Federal
*Artículo 17, 18 y 19 del Reglamento de la Ley de Protección a los Animales del Distrito Federal

Costo del trámite	Gratuito
Documento a obtener	Clave Única de Identificación
Vigencia del documento a obtener	Permanente
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	Negativa Ficta

Observaciones	<p>El Registro al Padrón de APA y OS será revocado, por las siguientes causas:</p> <p>No cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias en materia de cuidado responsable, protección, defensa y bienestar de los animales, para realizar las actividades relacionadas con la prestación del servicio en el que se encuentra inscrita.</p> <p>No cumplir con las bases de participación como apoyo en las acciones gubernamentales;</p> <p>Incurrir en actos, hechos u omisiones que contravengan los principios y criterios de cuidado responsable, protección, defensa y bienestar de los animales.</p> <p>Causar baja como organización legalmente constituida.</p> <p>No cumplir con las obligaciones fiscales y/o de transparencia correspondientes.</p>
---------------	---

INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL (en su caso)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL TRÁMITE REGISTRO AL PADRÓN DE ASOCIACIONES PROTECTORAS DE ANIMALES Y ORGANIZACIONES SOCIALES DEDICADAS AL MISMO OBJETO DE FECHA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_.

El interesado entregará la solicitud por duplicado y conservará un ejemplar para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Recibió (para ser llenado por la autoridad)	
Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción



**QUEJAS O DENUNCIAS**

QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

**DENUNCIA** irregularidades a través del **Sistema de Denuncia Ciudadana** vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorruptcion.df.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>