



<b>GANADO OVINO:</b>	1)	<b>Clave Estado</b>	<b>Clave Municipio</b>	<b>Número UPP</b>	<b>Homoclave</b>
	(Esta sección es llenada únicamente por personal de la ventanilla SINIGA)				

**2) Finalidad Zootécnica:**

(**Primaria** = Actividad preponderante, **Secundaria** = Actividad complementaria).

Leche:                   Primaria ( )      Secundaria ( )  
 Carne:                   Primaria ( )      Secundaria ( )  
 Lana:                    Primaria ( )      Secundaria ( )  
 Ganado de registro ó Pie de cría:   Primaria ( )      Secundaria ( )

**3) Sistema de producción:**

Extensiva ( )   Intensiva/Estabulada ( )   Semi-Estabulada ( )   Sistema Trashumante ( )   Traspatio ( )

**4) Inventario:**

Tipo de animal:	Número de animales (cabezas):
Vientres:	
Sementales:	
Triponas:	
Animales para engorda y/o abasto:	
Crías lactantes:	
<b>Total de animales:</b>	

**5) Grupo Genético preponderante:**

Puro ( )   Cruza ( )   Criollo ( )

**6) Raza predominante:** \_\_\_\_\_

**7) Sanidad del ganado:**

Campaña brucelosis:      Vacuna: Si ( ) No ( )      Prueba: Si ( ) No ( )      ¿Hato libre?: Si ( ) No ( )

Tratamiento garrapaticida: Si ( ) No ( )

¿Contra qué otras enfermedades vacuna?: \_\_\_\_\_

¿Desparasita periódicamente a su ganado?: Si ( ) No ( )

¿Utiliza Promotores del crecimiento? Si ( ) No ( )

**8) Principal producto para venta:**

Leche ( )   Animales para abasto ( )   Animales para engorda ( )   Pie de cría ( )

Lana ( )   Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

¿Suplementa periódicamente a sus animales?: Si ( ) No ( )

¿Con qué tipo de suplemento?: Concentrado ( )   Forraje ( )   Minerales ( )   Sal ( )

CONFIRMO QUE HE LEÍDO LA VERSIÓN COMPLETA DEL AVISO DE PRIVACIDAD Y DECLARO QUE ACEPTO SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

*DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON CIERTOS, ASÍ MISMO, ME COMPROMETO A ACATAR TODAS LAS NORMAS VIGENTES Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL, ADEMÁS DE ACTUALIZAR ESTA INFORMACIÓN POR LO MENOS UNA VEZ CADA DOS AÑOS, DESPUÉS DE OBTENIDA MI CLAVE DE UPP.*

9) Lugar: \_\_\_\_\_

10) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
11) Nombre y Firma del Productor  
Solicitante o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
12) Nombre y Firma del funcionario  
Receptor y sello de la Ventanilla Autorizada

*"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."*