

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios

ACTA DE VERIFICACIÓN PARA SISTEMA PÚBLICO O PRIVADO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

En _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ de 20____, en cumplimiento a la orden de verificación sanitaria número _____ de fecha _____ de 20____, emitida por _____, en su carácter de _____ el(los) Verificador(es) _____ adscrito(s) a la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios y/o Jurisdicción Sanitaria de _____, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) _____ con fotografía, vigente(s) al _____ expedida(s) el _____, por el(la) _____, en su carácter de _____, que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 4 fracción II inciso d, 11 fracciones IX, XI y XIV, y 15 fracción IV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y 396, 399 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado _____ con giro o actividades de _____, con RFC _____, propiedad de _____ ubicado en la calle de _____, número _____, Colonia _____, Delegación o Municipio _____, Código Postal _____, correo electrónico _____, teléfono, _____, fax _____ circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del propietario o representante legal, responsable, encargado u ocupante que atiende la visita, dijo llamarse _____, y se identifica con _____, con domicilio en _____ y manifiesta ser el _____ del establecimiento, quien recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite, en términos del artículo 399 de La Ley General de Salud, se le exhorta para que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en dicha(s) credencial(es) concuerda(n) con los rasgos fisonómicos del(los) que actúa(n). Acto seguido se le hace saber el derecho que tiene para nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s) verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del C. _____, quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el C. _____ quien se identifica con _____, con domicilio en _____ y el C. _____ quien se identifica con _____ con domicilio en _____.

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, en presencia de los testigos se le hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

Objeto y alcance de la orden de visita sanitaria

Alcance Uno

Visita de verificación para constatar las condiciones sanitarias con base a la NOM-127-SSA1-1994.- Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización; NOM-230-SSA1-2002.- Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo. NOM-179-SSA1-1998.- Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por sistemas de abastecimiento público.

Alcance Dos

Aplicar las medidas de seguridad que en su caso correspondan, de conformidad con los artículos 404, 412 y 414 de la Ley General de Salud.

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

I. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Días laborales: L M M J V S D. Horario de labores: de _____ a _____ horas.

Turnos: _____

Número total de empleados: _____.

Número de empleados en área de producción o servicio _____

Establecimiento con giro o actividades de _____

II. INFORMACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO

1. Título de Concesión (otorgado por la Comisión Nacional del Agua): _____

2. Número de pozos o Aprovechamientos para este Título de Concesión: _____

3. Volumen Total a Explotar del pozo o Aprovechamiento, que se está visitando: _____ m³

4. Forma parte de otras fuentes de abastecimiento _____

5. Precisar las otras fuentes de abastecimiento de las que forma parte _____

6. Precisar el número de tanques que existen para el almacenamiento del agua _____

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro del cuadro en blanco que conforman la columna denominada "Valor", de acuerdo con la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
---------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

III. DOCUMENTOS

7. Cuenta con aviso de funcionamiento

8. Cuenta con Licencia Sanitaria

IV. RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LAS INSTALACIONES

9. Cuenta con cerca perimetral

10. En el área perimetral existen losa de concreto, cunetas, contracunetas o canales de desviación para protección

11. La instalación cuenta con sellos impermeables en todas las juntas, uniones, equipos, accesorios y se encuentra libre de fugas

12. Los ductos de ventilación y rejillas cuentan con protección contra insectos (mosquiteros o similar)

13. Las áreas interiores de estaciones de bombeo y plantas potabilizadoras, se encuentran limpias y aseadas

14. Las tuberías que conducen el agua en las distintas etapas del proceso, se identifican de manera apropiada y cuentan con un código de identificación visible.

15. Los tanques de almacenamiento o regulación y estaciones de bombeo, cuentan con los siguientes dispositivos:
* Tapa envolvente el sardinel, que impide el escurrimiento al interior del tanque, * Ducto de ventilación en forma de codo invertido (solo en cisternas), * Caja colectora de sedimentos, * Tubos para desfogue.

16. Las paredes interiores de los tanques de almacenamiento, los cárcamos de bombeo o las cajas colectoras o repartidoras, cuentan con acabado sanitario

17. Se cuenta con programa de limpieza de los tanques de almacenamiento

18. El establecimiento cuenta con sistema de potabilización del agua, describir el proceso de potabilización, así como los desinfectantes empleados, en su caso

19. Cuenta con registros o bitácoras sobre las determinaciones de cloro residual libre en el sitio de muestreo

Observaciones:

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

V. MUESTREO Y/O RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Se toma muestra de producto. **Si o No**

Se realiza el muestreo del producto por triplicado. **Si o No**

I. Se deja una muestra cerrada, sellada e identificada, en poder de la persona con quien se entiende la diligencia para su análisis particular. **Si o No**

II. Se deja otra muestra cerrada, sellada e identificada, en poder de la misma persona, pero a disposición de la autoridad sanitaria, misma que tendrá el carácter de muestra testigo*. **Si o No**

*El depositario de la muestra testigo es responsable solidario con el titular, si no conserva la muestra citada.

III. La otra muestra, es decir la muestra oficial

a) Se deja en poder del interesado para ser enviada por su cuenta y cargo a un laboratorio tercero autorizado para su análisis correspondiente y el resultado será remitido a la autoridad sanitaria que ordenó el muestreo. **Si o No**

b) Se transporta y entrega por la autoridad sanitaria, al laboratorio autorizado y habilitado para su análisis oficial. **Si o No**

Se toma muestra de los siguientes productos:

Precisar si las muestras son de agua combinada aportada por varios pozos o sistemas de abastecimiento, indicando cuales pozos o sistemas de abastecimiento

Número de muestra	Sitio, lugar o punto de muestreo	Determinación de Cloro residual libre en punto de muestreo (mg/L)	pH	Temperatura (°C)	Hora toma de muestra	Análisis a realizar		
						Fisicoquímico	Metales pesados	Microbiológico

Describir las condiciones en que se transporta la muestra al laboratorio:

Se indica al usuario como debe conservar las muestras y el tiempo máximo en que se debe realizar el análisis principalmente para el caso de muestras para análisis microbiológico

Acta de Verificación Sanitaria No.

El procedimiento de muestreo no impide que la Secretaría de Salud dicte y ejecute las medidas de seguridad sanitarias que procedan, en cuyo caso se asentará en el acta de verificación las que se hubieren ejecutado y los productos que comprenda.

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

OBSERVACIONES GENERALES:This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Medidas de Seguridad		(Marque con una X)	
1. Se aplica medida de seguridad		SI	NO
2. Aseguramiento de productos u objetos		SI	NO
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento:			
3. Suspensión de trabajos o servicios		SI	NO
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión:			
4. Reubicación de sellos		SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):			
5. Se anexa documentación		SI	NO
5.1 Número de anexos:	Describir:		



Tabasco
cambia contigo



Secretaría de
SALUD
Subsecretaría de
Salud Pública

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga en relación con los hechos contenidos en el acta; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días hábiles a partir del día siguiente de la presente diligencia. En uso de la palabra el C. _____ hace constar que recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta y que identificó plenamente al (los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente: _____

Previa lectura del acta de verificación ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurrir los falsos declarantes ante autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____ del mes de _____, de 20____, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en _____ hojas en poder del C. _____.

Interesado

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Verificador Sanitario

Verificador Sanitario

Verificador Sanitario

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma