

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS QUE ALMACENAN Y COMERCIALIZAN
PLAGUICIDAS, NUTRIENTES VEGETALES Y SUSTANCIAS TÓXICAS

En _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ de 20____,
 en cumplimiento a la orden de visita de verificación 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, 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 _____

No _____, Colonia _____ Localidad _____

Municipio o Delegación _____ Código Postal _____ correo electrónico _____,

téléfonos _____, _____ circunstancias que constaté(amos) visualmente y con el dicho de la persona que atiende la

diligencia, quién dijo llamarse _____, 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) fotografías que aparece (n) en dicha(s) credencial (es) concuerda (n) con los rasgos fisonómicos de (los) que actúan. 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 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 (Transcribir)

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Información Administrativa:

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal: _____

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: _____

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 servicio o personal ocupacionalmente expuesto _____

La ubicación es: urbana: ☐ industrial: ☐ suburbana: ☐

El establecimiento colinda al Sur con: _____, distancia: _____ mts.;

al Norte con: _____, distancia: _____ mts.;

al Oeste con: _____, distancia: _____ mts.;

al Este con: _____, distancia: _____ mts.

La superficie total del establecimiento: _____ m²,

Cuenta con Razón Social en la fachada: SI ☐ NO ☐

Instrucciones:

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

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

I.- DOCUMENTOS, ESTABLECIMIENTO Y PERSONAL				
1.	Cuenta con aviso de funcionamiento y se encuentra en lugar visible			
2.	Las áreas de almacenamiento, sanitarios y casilleros; así como las áreas administrativas, se encuentran separadas entre sí e identificadas.			
3.	Los sanitarios del establecimiento, cuentan con servicio de agua corriente, inodoros con dotación de papel higiénico, lavabo para la higiene de manos y contenedores para la basura.			
4.	Cuenta con medidas sanitarias para manipular de forma apropiada las sustancias y sus residuos, describir éstas medidas			
5.	Cuenta con manual de procedimientos y capacitación para el personal para el manejo de residuos			
6.	El establecimiento cuenta con iluminación y ventilación suficientes en todas las áreas, que garanticen el adecuado manejo de los productos almacenados.			
7.	El personal ocupacionalmente expuesto cuenta con equipo de protección adecuado para el manejo de las sustancias y sus residuos			

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

II. PRODUCTOS QUE MANEJAN

8. Los productos que almacena y/o comercializa cuentan con número de registro sanitario (solo para plaguicidas y nutrientes vegetales), están contenidos en el envase y embalaje con etiqueta conforme a la normatividad vigente
9. Los productos que almacena y/o comercializa cuentan con fecha de caducidad vigente:

[illegible]

OBSERVACIONES GENERALES



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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:		

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga y ofrecer pruebas 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 términos del Artículo 401 de la Ley General de Salud. En uso de la palabra el C. _____ hace constar que recibió original de la orden de visita 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 _____, mes _____, de 201____, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en _____ hojas en poder del C. _____.

EL 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