

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Acta de Verificación Sanitaria General

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

teléfonos _____, _____ 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:

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Instrucciones:

Se deberán anotar los hechos que se detecten durante la visita de verificación sanitaria en el apartado de observaciones.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA:

Cuenta con aviso de funcionamiento: si [] no []

Cuenta con licencia sanitaria: si [] no []

Nombre del propietario o representante legal: _____

Días laborales: L M M J V S D

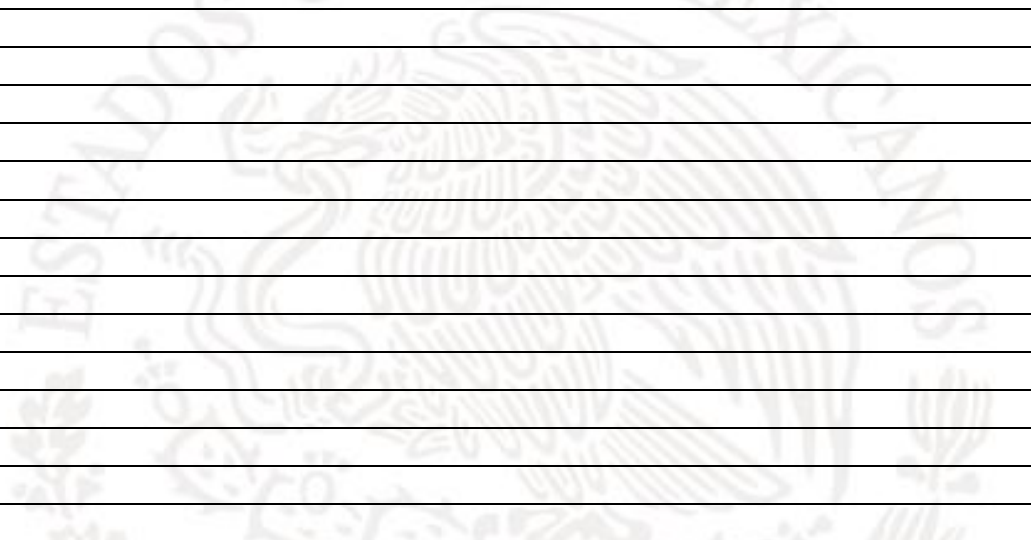
Horario de labores: de _____ a _____ horas

Turnos: _____

Se toma muestra de producto para dictamen de etiqueta: si () no ()

Número de muestras: _____

OBSERVACIONES GENERALES



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:		

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Se toma muestra de producto: SI () NO ()

De conformidad con el artículo 401 bis de la Ley General de Salud, la toma de muestras podrá realizarse en cualquiera de las etapas del proceso, pero deberán tomarse del mismo lote, producción o recipiente; procediéndose a identificar las muestras con etiquetas, y en su caso en envases cerrados y sellados.

Se realiza el muestreo del producto por triplicado: SI () NO ()

Una muestra se deja en poder de la persona con quien se entiende la diligencia para su análisis particular.
Otra muestra queda en poder de la misma persona, pero a disposición de la autoridad sanitaria y tendrá el carácter de muestra testigo.

La última, como muestra oficial:

Se envía por la autoridad sanitaria al laboratorio autorizado y habilitado para su análisis oficial. **Si o No** ☐

Se deja en poder del interesado para ser enviada por su cuenta y costo 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** ☐

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

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.

Se toma la muestra por triplicado de los siguientes productos:

Número de muestra / Nombre del producto	Marca	Lote	Fecha de caducidad o consumo preferente	Cantidad / Presentación

Análisis a realizar:

Observaciones:

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 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:

Prevía 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