

Fecha de inspección	Día	Hora	Normas para las que solicita el servicio
Inicio	14/11/2025	09:00	NOM-141-SSA1/SCFI-2012
Término	14/11/2025	18:00	

**Datos del lugar donde se realiza la Inspección de Información Comercial:**

**Empresa Visitada:** ULTA BEAUTY SAPI DE CV  
**Calle y No.:**  
**Colonia o Población:**  
**Municipio o Alcaldía:**  
**Ciudad o Estado:**

**Nombre y Firma del cliente o responsable de atender la visita**

ULTA BEAUTY SAPI DE CV \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma (Testigo 1)**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Inspector**

Marcos Uriel Flores Gómez

Marcos  
Uriel Flores  
Gómez

**NOTAS Y OBSERVACIONES:**

**Observaciones (Cliente):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones (Inspector):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Acta: AC000001 C.P.: CP000001