



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

COMISIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE SONORA
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 Comisión Estatal de Protección Contra Riesgos Sanitarios del Estado de Sonora, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) _____ con fotografía, vigente(s) al _____ expedida(s) el _____, por el _____, en su carácter de _____, que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos Único, 2 fracción II, inciso b, 10, 25 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII y XVIII, 25 Bis, 29, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Pública, publicado en el Boletín Oficial No. 24, Sección II de fecha jueves 20 de Septiembre de 2012 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 _____, 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 orden de visita 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 (Transcribir)

Blank lines for transcribing the object and scope of the sanitary visit order.

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 _____ hrs Turnos: _____

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

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Se aplica medida de seguridad si () no (),

Aseguramiento de productos u objetos ()

Suspensión de trabajos o servicios ()

Números de sellos _____

Se anexa documentación si () no (),

Número de anexos _____

Describir _____



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

OBSERVACIONES GENERALES

Multiple horizontal lines for recording general observations.

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:

- Two radio button options for sample handling: 'Se envía por la autoridad sanitaria...' and 'Se deja en poder del interesado...'.

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:

Table with 5 columns: Número de muestra / Nombre del producto, Marca, Lote, Fecha de caducidad o consumo preferente, Cantidad / Presentación.

Análisis a realizar: Multiple horizontal lines for recording analysis details.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Observaciones:

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 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 la autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____, mes _____, 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. _____.

ATIENDE LA VISITA

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