



## 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 sanitaria número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, emitida por \_\_\_\_\_ en su carácter de \_\_\_\_\_, el(los) Verificador(es)

Sanitario(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_, en su carácter de \_\_\_\_\_,

que me (nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 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, \_\_\_\_\_, 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 constata la firma autógrafa en el original de la orden de visita de verificación sanitaria y recibe copia de la misma, 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 visita de verificación sanitaria 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 de verificación sanitaria (Transcribir)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 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 sanitaria 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 General No. \_\_\_\_\_**

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

| <b>Medidas de Seguridad</b>                         |            | <b>(Marque con una X)</b> |    |
|-----------------------------------------------------|------------|---------------------------|----|
| 1. Se aplica medida de seguridad                    |            | SI                        | NO |
| 2. Aseguramiento de productos, objetos o sustancias |            | 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 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 copia de la presente orden, con firma autógrafa de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta y que identificó plenamente al(los) verificador(es) sanitario(s) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente:

Previa lectura del acta de verificación sanitaria 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. \_\_\_\_\_.

**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