



ACTA DE INSPECCIÓN

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; siendo las ____: ____ horas del día ____ de _____ del año 202__, el (los) suscrito (s) Inspector Sanitario (s); CC. _____

_____, y _____;

adscrito (s) a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, dependiente de la Secretaría de Salud Municipal de esta Ciudad, con credenciales números SSM/DPCRS/DCS/____, ____ y ____

con vigencia del 01 de octubre del 2021 al 30 de septiembre del 2024; con el objeto de dar seguimiento expediente registrado con número de control y denuncia SSM/DPCRS/AVP/____/202__, derivado del inicio de proceso de regularización para la obtención

de la Tarjeta de Vigilancia Sanitaria expedida a los Comerciantes que expenden alimentos y aguas frescas preparadas en puntos de venta de vía pública; verificando con esto, las buenas prácticas y

condiciones Higiénico-Sanitarias implementadas en la preparación, conservación y venta de los alimentos y aguas preparadas, a efecto de no generar riesgos a la salud de la población, verificar el

área destinada al comercio y el debido cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud; me constituí en forma personal al punto de venta denominado

_____ ubicado en _____

en busca de la (el) C. _____; en su carácter de _____ y una vez cerciorado (a) de que me encuentro en

la dirección correcta, y por así indicármelo la ubicación, nomenclatura y localización dentro de este Municipio; y por así manifestármelo el (la) C. _____; a quien

encuentro en el punto de venta y quien en este acto se identifica con _____ y/o media filial _____

Por lo que el suscrito (a) procedo a realizar la visita de verificación levantando acta correspondiente una vez autorizando el ingreso mediante orden, y en cumplimiento a las disposiciones establecidas en los artículos 14, 16 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 80 y 82 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; artículos 1, 5, 34, 94, 95, 99, 100, 101 y 220 de la Ley de Desarrollo Constitucional en Materia de Gobierno y Administración Municipal del Estado de Chiapas; artículos del 2 al 23, del 31 al 44, del 60 al 100 y demás relativos de la Ley de Procedimientos Administrativos para el Estado de Chiapas; Ley General de Salud; Ley de Salud del Estado de Chiapas; artículos 88, 89 fracción V, 94 fracciones X y XIII del Reglamento de la Administración Pública Municipal de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, en relación a lo normado en el Reglamento para el Ejercicio del Comercio en Vía Pública: Fijo, Semifijo y Ambulante del Municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; y toda vez que es de orden público e interés social cuyo cumplimiento y vigilancia le corresponde a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios se ordena la presente visita de inspección al punto de venta arriba señalado.

SE PROCEDE A LLEVAR A CABO LA PRESENTE, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE INSPECCIÓN:

Se ordena efectuar la verificación al punto de venta arriba señalado, lo anterior a fin de verificar el debido cumplimiento de las obligaciones establecidas en párrafos anteriores, así como determinar si cumple con las obligaciones señaladas en las disposiciones jurídicas antes citadas; debiendo hacer constar en la presente acta de forma circunstanciada las irregularidades observadas; y cumpliendo con la identificación del personal descrito y las funciones que se les tienen encomendadas por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, se procede a lo siguiente:



I. DESIGNACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Acto seguido, requiero al inspeccionado (a) para que en este acto designe a dos testigos, apercibido (a) que en caso de negativa serán nombrados por el suscrito, a lo que manifestó que ___ acepta la designación, por lo que designan como testigo de asistencia a los (las) C.C. _____ y _____

ambos mayores de edad y de nacionalidad mexicana, quienes aceptaron el nombramiento propuesto y se identificaron mediante el primero _____ con domicilio en _____ el segundo _____ con domicilio en _____

En este acto el (los) inspector (es) sanitario (s), procede(n) a observar lo siguiente:

II. OBSERVACIONES DETECTADAS DURANTE LA INSPECCIÓN

Cuenta con:	Si	No	No aplica	Observaciones
Permiso, credencial y/o Tarjetón Único				
Tarjeta de Vigilancia Sanitaria				
Constancia de Manejo de Alimentos				
❖ Condiciones higiénicas del personal				
a) Cubrebocas				
b) Cofias, malla y/o cubre pelos				
c) Mandil, bata y/o filipina				
d) Ropa limpia y zapatos cerrados				
e) Uñas cortadas y sin esmalte				
f) Accesorios y/o joyería				
❖ Condiciones mínimas del punto de venta				
a) Área de almacenamiento				
b) Área de producción				
c) Área de mantenimiento y limpieza				
d) Agua para consumo humano (purificada)				
e) Agua potable				
f) Recipientes y/o contenedores con tapa para los alimentos				
g) Refrigerador y/o hielera para la conservación de los alimentos y aguas preparadas				
h) Sistema de lavado de manos				
i) Método de desinfección de manos				
j) Método de secado de manos				
k) Botes de basura con bolsas y tapas correspondiente				
❖ Condiciones de la materia prima				
a) Desinfección de frutas, verduras y legumbres				
b) Fecha de Caducidad de los productos				
c) Condiciones de los alimentos				
❖ Documentación				
a) Manual de procedimiento de limpieza y desinfección de las instalaciones y equipo				
b) Bitácora de temperatura				
c) Bitácora de cloración				
d) Bitácora de control de entrada de alimentos (PEPS)				
❖ Verificación				
a) Medición de cloro y PH en agua				
b) Medición de temperatura				
c) Eliminación de los residuos orgánicos e inorgánicos				
d) Días y Horario de servicio				
e) Giro del negocio				
f) Tipo del comercio (fijo, semifijo y/o ambulante)				
❖ otros				
Condiciones de higiene en las instalaciones				
Condiciones de buenas prácticas de manejo higiénico de alimentos y aguas preparadas				
Condiciones de inocuidad alimentaria				



IV. LECTURA DEL ACTA

Leída que fue la presente acta y explicado su contenido y alcance legal a él (la) inspeccionado (a), se le hace saber que la documentación relativa a la presente inspección se agrega a los autos del expediente administrativo que se inicie, para que surta los efectos legales correspondientes.

Una vez concluida la presente diligencia de inspección, se le concede la palabra al (la) inspeccionado (a) para que manifieste lo que a su derecho convenga, señalando lo siguiente:

V. CIERRE DEL ACTA

No habiendo otro asunto que tratar, se da por terminada la presente diligencia, siendo las ____:____ horas del mismo día de su inicio, redactándose la presente acta en original y después de haber sido leída y ratificada por quienes intervinieron, firman al calce y al margen de todas las hojas que lo integran, así mismo con fundamento en los artículos 66 y 69 de la Ley de Procedimientos Administrativos para el estado de Chiapas, se hace entrega de Copia legible de la orden y acta de inspección a la persona con quien se entendió la presente diligencia, turnándose las constancias del mismo al Titular de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios de la Secretaría de Salud Municipal del H. Ayuntamiento de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas para su debido cumplimiento, poniéndose los autos del expediente que se integra para su consulta en las oficinas que ocupa la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, de conformidad con el artículo 36 de la Ley antes citada, ubicada en 2ª Norte entre calle central y 1ª Oriente S/N (paso a desnivel) de esta ciudad capital, Teléfono 61-255-11 ext. 2226.

Los datos personales recabados, serán protegidos, incorporados y tratados en los términos establecidos en la Ley de Protección de Dato Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Chiapas, así como los Lineamientos Generales para la Custodia y Protección de Datos Personales e Información Reservada y Confidencial en Posesión de los Sujetos Obligados en el Estado de Chiapas, y demás normatividades aplicables. Para mayor información puede consultar nuestro aviso de privacidad en la siguiente dirección electrónica; <https://caip.tuxtla.gob.m/avisos-de-privacidad>.

INSPECCIONADO

INSPECTOR SANITARIO

C. _____

C. _____

CREDENCIAL NÚMERO SSM/DPCRS/DCS/ _____

TESTIGO

TESTIGO

C. _____

C. _____

ATENTAMENTE

M. V. Z. ALFREDO RUIZ COUTIÑO
DIRECTOR DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS