



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 20_____, emitida por _____ en su carácter de _____ el (los) Verificador(es) _____ adscrito(s) a la Coordinación de Protección contra Riesgos Sanitarios Zona _____ de 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 11 fracción IV punto IV.2, 15, 16 fracción I, 33 fracciones II, VI, VII, X, XVIII, XIX, XXIII, XXVI, 34 fracción II, 36 párrafo primero fracciones I, II, VI, XII, XIII, XV, XVI, XVII y XVIII del Reglamento Interior de los Servicios Estatales de Salud, publicado en el periódico oficial del Estado de Quintana Roo, el día 10 de agosto de 2022, bajo el tomo II, número 131 Extraordinario de la Novena Época y 396, 399, 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado _____

con RFC _____, ubicado en la calle de _____ número _____, Colonia _____, Demarcación Territorial o Municipio _____, Código Postal _____, correo electrónico _____, teléfono _____, circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del propietario, 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 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) 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:



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Medidas de Seguridad Sanitaria	(Marque con una X en SI o NO)	
1. Se aplica medida de seguridad sanitaria	SI	NO
2. Aseguramiento de productos u objetos	SI	NO
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento utilizados:		
3. Suspensión de trabajos o servicios	SI	NO
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión utilizados:		
4. Reubicación de sellos de aseguramiento y/o suspensión	SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):		
5. Se retira y/o levanta la medida de seguridad sanitaria aplicada	SI	NO
5.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento retirados.		
5.2 Precisar las acciones realizadas con los sellos de aseguramiento retirados.		
5.3 Número de folio de los sellos de suspensión retirados.		
5.4 Precisar las acciones realizadas con los sellos de suspensión retirados.		

Anexos o NO	(Marque con una X en SI o NO)	
A. Se anexa documentación	SI	NO
A.1 Número de anexos:		
A.2 Describir anexos:		
B. Se toma muestra de producto para dictamen de etiqueta	SI	NO
B.1 Número y/o cantidad de muestras anexadas para dictamen de etiqueta		

RECOLECCIÓN DE MUESTRAS Y/O MUESTREO DE PRODUCTOS PARA ANÁLISIS

Se toma muestra de producto. Si o No

De conformidad con el artículo 401 Bis de la Ley General de Salud, la toma de muestra (s), podrá realizarse en cualquiera de las etapas del proceso, pero deberá tomarse del mismo lote, producción o recipiente, procediéndose a identificar las muestras en envases que pueden ser cerrados y sellados.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Se realiza el muestreo del (o los) producto(s) por triplicado. Si o No

- I. Se deja una muestra en envase cerrado, sellado e identificado, en poder de la persona con quien se entiende la diligencia, para su análisis particular. Si o No
- II. Se deja otra muestra en envase cerrado, sellado e identificado, en poder de la misma persona con quien se entiende la diligencia, pero a disposición de la autoridad sanitaria, misma que tendrá el carácter de muestra testigo*. Si o No

***En el caso, de que la toma de muestra se realice en un establecimiento en el cual no se fabrique el producto, el depositario de la muestra testigo (establecimiento visitado), es responsable solidario con el fabricante del producto. Dicha muestra testigo, puede quedársela el establecimiento visitado o mandarla al fabricante.**

III. La última o tercera muestra, es decir la muestra oficial:

- a) Se envía y entrega por la Autoridad Sanitaria, al laboratorio autorizado y habilitado, por la Autoridad Sanitaria, para su análisis oficial. Si o No
- b) Se entrega al laboratorio autorizado y habilitado, por la Autoridad Sanitaria, (Precisar el nombre del laboratorio).

Se toma la muestra por triplicado de los siguientes productos:

Si la verificación, corresponde a Productos y Servicios, agregar (Número de muestra/Nombre del producto) si corresponde a Insumos además agregar (Registro Sanitario)	Sitio, lugar, o punto de muestreo	Si la verificación, corresponde a Productos y Servicios, agregar únicamente Marca; si corresponde a Insumos además agregar Forma Farmacéutica)	Lote, Para el caso de visitas de verificación de Salud ambiental, indicar Número de pozo (s)	Fecha de caducidad	Cantidad/ Presentación

Precisar los análisis a realizar, (físicoquímicos, metales pesados, microbiológicos), así como la hora de toma, de cada una de las muestras, para el caso de productos y servicio y para el caso de insumos, análisis físicoquímicos y microbiológicos, lo cuales no llevaran hora, ya que corresponden a producto terminado:



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Precisar, el sitio o lugar y la temperatura de las muestras, donde quedan resguardadas las muestras, que quedan a disposición de la Autoridad Sanitaria.

Describir las condiciones en que la Autoridad Sanitaria transporta la (s) muestra (s) al laboratorio autorizado y habilitado, por dicha Autoridad Sanitaria:

Se indica al usuario como debe conservar las muestras y el tiempo máximo en que se debe realizar el análisis principalmente para el caso de muestras para análisis microbiológico, de conformidad con los artículos 401 Bis fracción VIII, 401 Bis, 401 Bis-1, 401 Bis-2.

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga con relación a los hechos contenidos en la presente acta de verificación sanitaria con fundamento en el artículo 401 fracción IV de la Ley General de Salud; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días a partir del día siguiente de la presente diligencia, con fundamento en el artículo 68 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo de aplicación supletoria. En uso de la palabra el C. _____ hace constar que recibe original de la orden de verificación sanitaria, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta de verificación sanitaria 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:



Acta de Verificación Sanitaria No. _____
Autorización de notificaciones electrónicas

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la(s) dirección(es) de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución, sanción o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente visita de verificación sanitaria con número de acta _____; por lo que deberé revisarlos de manera permanente, mantenerlo(s) con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir los mensajes y documentos; así como en revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta Autoridad Sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

Firma _____ y nombre _____ completo

identificación (Tipo y Número) _____

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

En caso de no otorgar su autorización para facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, a través de notificaciones electrónicas, se hace de su conocimiento que el apoderado o representante legal podrá solicitarlo en cualquier otro momento.

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. _____

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