**DIRECCION DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

**ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA CERTIFICAR ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS**

**CON SISTEMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA DE POZO**

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 **Coordinador de Protección Contra Riesgos Sanitarios Zona \_\_\_\_\_**, el(los) Verificador(es) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** adscrito(s) a la **Coordinación de Protección Contra Riesgos Sanitarios Zona Norte**, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con fotografía, vigente(s) al **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** expedida(s) el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, por el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, en su carácter de Director de Protección Contra Riesgos Sanitarios, que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 39, inciso B, fracción VIII, punto 3, inciso a), 40, 55 fracciones V, XXI, XX y XXIII, 56 fracción III y 59 fracciones XXI y XXIV del Reglamento Interior de los Servicios de Salud y 396, 399 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ~~,~~ con RFC **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, ubicado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, 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:

*Objeto y alcance de la orden de verificación sanitaria*

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

1. **INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Nombre del propietario o representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Precisar si es el Propietario o el Representante Legal)

Días laborales: L M M J V S D. Horario de labores: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas.

Turnos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número total de empleados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Número de empleados en área de producción o servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Establecimiento con giro o actividades de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL DEL POZO** |
| 1. Título de Concesión (otorgado por la Comisión Nacional del Agua): |
| 1. Número de pozos o Aprovechamientos para este Título de Concesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Volumen Total a Explotar del pozo o Aprovechamiento, que se está visitando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m3 |
| 1. Forma parte de otras fuentes de abastecimiento |
| 1. Precisar las otras fuentes de abastecimiento de las que forma parte |
| 1. Profundidad en metros |
| 1. Potencia de bomba (hp) |
| 1. Gasto en L.P.S. |
| 1. Tipo de bomba: Vertical o Sumergible |
| 1. Presenta documentos que indique el nivel estático y dinámico:   Nivel estático \_\_\_\_\_\_\_m. Nivel dinámico \_\_\_\_\_\_m |
| 1. **CERTIFICADO DE CONDICIÓN SANITARIA** |
| 1. Cuenta con toma de agua de la red municipal |
| 1. Precisar a dónde abastece la red de agua municipal: baños, cocina, comedor, otros. |
| 1. Anexar plano de las instalaciones hidráulicas del agua de la red municipal |
| 1. **TANQUES DE ALMACENAMIENTO** |
| 1. Precisar el número de tanques que existen para el almacenamiento del agua |
| 1. Precisar los materiales del que está(n) hecho(s) (Metálico, Concreto, entre otros) |
| 1. **TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE APLICA AL AGUA ABASTECIDA POR EL POZO** |
| 1. Anexar diagrama de flujo de instalaciones hidráulicas que incluya los tratamientos que se le aplican al agua |
| 1. Describir el método de desinfección que se aplica al momento de la verificación |

*Instrucciones:*

Se deberán anotar los valores dentro del cuadro en blanco que conforman la columna denominada “Valor”, de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CALIFICACIÓN:** | **(2) Cumple Totalmente** | **(1) Cumple Parcialmente** | **(0) No cumple** | **(---) No aplica** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DOCUMENTOS** | | | | **Valor** |
| 1. El establecimiento cuenta con aviso de funcionamiento | | | |  |
| 1. El establecimiento cuenta con Licencia Sanitaria | | | |  |
| 1. **RECONOCIMIENTO SANITARIO DE LAS INSTALACIONES DEL POZO** | | | |  |
| 1. Cuenta con cerca perimetral | | | |  |
| 1. Cuenta con piso adecuado y con pendiente | | | |  |
| 1. Cuenta con pintura anticorrosiva en el equipo de bombeo y zona adyacente | | | |  |
| 1. Cuenta con brocal | | | |  |
| 1. Cuenta con sello sanitario, que cubra el ademe del pozo | | | |  |
| 1. La bomba presenta fuga de aceite | | | |  |
| 1. La bomba presenta fuga de agua por estopero, brida y/o válvulas | | | |  |
| 1. Presenta encharcamientos | | | |  |
| 1. Presenta fuga por tuberías en mal estado | | | |  |
| 1. **TANQUES DE ALMACENAMIENTO** | | | |  |
| 1. Cada tanque cuenta con cerca perimetral | | | |  |
| 1. El registro de acceso cuenta con sardinel que impida escurrimientos al interior del tanque | | | |  |
| 1. El sardinel cuenta con tapa envolvente | | | |  |
| 1. Cuenta con ducto de ventilación, en forma de codo invertido | | | |  |
| 1. Los ductos de ventilación cuentan con protección de malla tipo mosquitero | | | |  |
| 1. Presenta escurrimientos al interior | | | |  |
| 1. Presenta fisuras | | | |  |
| 1. El tanque elevado cuenta con tubo de desfogue | | | |  |
| 1. Las paredes interiores de los tanques de almacenamiento están recubiertos de material sanitario | | | |  |
| 1. Al momento de la verificación, las paredes interiores de los depósitos de almacenamiento de agua se encuentran limpias. | | | |  |
| 1. Las tuberías que conducen agua, están identificadas con el código de colores de la empresa | | | |  |
| 1. Presenta fuga por válvulas | | | |  |
| 1. Presenta fuga por tuberías en mal estado | | | |  |
| 1. Se cuenta con bitácora para registrar las acciones de limpieza, drenado y desinfección | | | |  |
| 1. **TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE APLICA AL AGUA ABASTECIDA POR EL POZO** | | | |  |
| 1. Utiliza algún método de desinfección | | | |  |
| 1. Se aplica el método de desinfección | | | |  |
| 1. Precisar si cuenta con dosificador de cloro | | | |  |
| 1. Se encuentra en operación dicho equipo | | | |  |
| 1. El depósito de almacenamiento de cloro se encuentra limpio, identificado y con tapa | | | |  |
| 1. Cuenta con instalaciones exclusivas para el almacenamiento de productos empleados para el tratamiento del agua. | | | |  |
| 1. Las instalaciones se mantienen limpias, con el piso seco y cuentan con ventilación adecuada. | | | |  |
| 1. **DETERMINACIONES DE PARÁMETROS DE CAMPO** | | | | |
| 1. Cuenta con bitácora de determinaciones de cloro residual | | | |  |
| 1. Anotar la última determinación de cloro residual libre registrada en bitácora del pozo (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/L) | | | | |
|  | | | | |
| 1. **Punto de la Determinación:** | **Cloro residual** | **pH** | **Temperatura** | |
| Toma de la red municipal | mg/L |  |  | |
| Baños | mg/L |  |  | |
| Cocina | mg/L |  |  | |
| Comedor | mg/L |  |  | |
| Antes de entrar al proceso del producto | mg/L |  |  | |

**OBSERVACIONES GENERALES**

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

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 (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.

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

1. 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
2. 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.

1. La última o tercera muestra, es decir la muestra oficial:
2. 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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de muestra/Nombre del producto | Sitio, lugar, o punto de muestreo | Marca | Indicar Número de pozo (s) | Fecha de caducidad | Cantidad/  Presentación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Precisar los análisis a realizar, (fisicoquímicos, metales pesados, microbiológicos), así como la hora de toma, de cada una de las muestras, para salud ambiental, precisar si las muestras son de agua combinada aportada por varios pozos o sistemas de abastecimiento, indicando cuales pozos o sistemas de abastecimiento, el sitio, lugar o punto de muestreo, resultado de la determinación de Cloro residual libre en punto de muestreo (mg/L), resultado de la determinación de pH, temperatura y hora de muestreo, precisar los análisis a realizar (fisicoquímicos, microbiológicos y metales pesados).

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

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 de la Ley General de Salud. |
|  |
|  |

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:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Previa lectura del acta de verificación sanitaria ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurren 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**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **TESTIGO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **TESTIGO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma |
|  |  |  |
| **VERIFICADOR SANITARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **VERIFICADOR SANITARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **VERIFICADOR SANITARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma |