

ACTA DE VERIFICACIÓN

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; siendo las __: __ horas del día __ de _____ del año 202__; el suscrito Ciudadano _____, acreditando mi personalidad con la credencial número SSM/DPCRS/DCS/____ con vigencia del 01 de octubre del 2021 al 30 de septiembre del 2024, con la cual la Dra. Guadalupe del Carmen Alfaro Zebadua, Secretaria de Salud Municipal, designa al suscrito como INSPECTOR MUNICIPAL de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios; y en términos de los artículos 65 al 72 de la Ley de Procedimientos Administrativos para el Estado de Chiapas, en relación a los artículos 105 al 113 del Reglamento de Protección y Bienestar de la Fauna Domestica en el Municipio de Tuxtla Gutiérrez; y al Código de Procedimientos de Actuación en la Fiscalización Municipal del H. Ayuntamiento Constitucional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; hago constar que, me constituí al establecimiento _____ ubicado en _____ de esta ciudad, en busca de la (el) C. _____; en su carácter de _____; con el objeto de realizar Verificación, derivado de la solicitud de _____ de la Tarjeta Sanitaria VET/____/____; y una vez cerciorado (a) de que me encuentro en el domicilio correcto, 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 domicilio antes señalado y quien en este acto se identifica con _____. Por lo que el suscrito (a) procedo a realizar la visita de verificación levantando acta correspondiente una vez autorizando el ingreso mediante la orden de verificación, y en cumplimiento a las disposiciones establecidas en dicho documento. Se ordena efectuar la verificación al establecimiento arriba señalado, así como determinar si cumple con las obligaciones señaladas en las disposiciones jurídicas señaladas en la orden de verificación; 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 _____ el segundo _____

II. OBSERVACIONES DETECTADAS DURANTE LA VERIFICACIÓN

Cuenta con:	Si	No	Observaciones
Médico responsable			
Médico adjunto			
➤ Servicios veterinarios			
Consultorio			
Clínica			
Hospital			
Estética y Spa			
Pensión, Albergue, Hospedaje y/o Guardería de animales			
Cría y/o Venta de Animales			
➤ Áreas			
De Recepción			
Para venta de accesorios			
Para consultas			
De quirófano			
De preparación			
De recuperación			
De cuarentena			
De hospitalización			
De Rayos x			
Para Pensión, Albergue, Hospedaje y/o Guardería de animales			
De baño			
De estética			
De venta de mascotas			
De Equipo de Limpieza			
De Lavado Indumentaria			
De Transfer - Sanitización			
➤ Documentos			
Control de archivos clínicos de pacientes			
Responsiva medica			
Responsiva del servicio de estética			
Recetario			
Control de natalidad y/o mascotas en venta			
Manejo de (RPBI)			
➤ Otros			
Eliminación de desechos no biológicos			
Eliminación de desechos biológicos			
Baños para el personal			
Servicio sanitario para clientes			
➤ Condiciones mínimas de servicio veterinario			
Equipo o sistema de refrigeración para mantenimiento de biológicos			
Termómetro para área de refrigeración			
Bitácora de temperatura			
Mesa de exploración			
Sistema de desinfección de áreas			
Identificación de las áreas			
Botiquín de primeros auxilios			
Instrumental quirúrgico			
Equipo corte, cepillado y estética			
Sistema para baño medicado			



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 Datos 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>.

VISITADO

INSPECTOR MUNICIPAL

C. _____

C. _____

CREDENCIAL NÚMERO SSM/DPCRS/DCS/ _____

TESTIGOS

C. _____

C. _____