



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA AMBULATORIA O CONSULTORIOS MÉDICOS GENERALES Y DE ESPECIALIDAD

En _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ 20_____, en cumplimiento a la orden de visita de verificación número _____ de fecha _____ de _____ del 20_____, emitida por _____, en su carácter de (los) Verificador(es) _____ el

adscrito(s) a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios - Coordinación de Protección Contra Riesgos Sanitarios Zona Norte Sur y Centro, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) _____ con fotografía, vigente(s) al _____ expedida(s) el _____, por el

_____ en su carácter de 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 del 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 con _____, 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 _____ 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. _____

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 visita sanitaria (Transcribir)

Blank lines for transcribing the object and scope of the sanitary visit order.

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros 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
---------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA:

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal: _____
 Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: _____
 Con giro o actividades de: _____
 Tipo de establecimiento: Público _____ Social _____ Privado _____
 Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros) _____
 Días laborales: L M M J V S D. Horario de labores: de _____ a _____ hrs. Turnos: _____
 Número total de empleados: _____. Número de empleados en área de servicio: _____

Punto a verificar	Valor
I. Datos de identificación y autorización del establecimiento	
1. El consultorio cuenta con aviso de funcionamiento y aviso de responsable.	
2. Cuenta con registro diario de pacientes.	
3. Cuenta con rótulo en donde se da a conocer el horario de asistencia del responsable sanitario, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.	
II. Documentación del personal de la salud y archivo clínico	
4. La documentación del personal de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares) se encuentra completa y actualizada.	
5. Se cuenta con título profesional del médico o documentos correspondientes que lo acrediten como tal, a la vista del público.	
6. El personal médico cuenta con recetario médico impreso e incluye en forma completa: nombre del médico, institución que expide el título, número de cédula profesional, domicilio del establecimiento, fecha de expedición y en su caso número de cédula de especialidad.	

Handwritten signatures



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

7. Se cuenta con expedientes clínicos completos, ordenados e incluyen identificación, historia clínica, notas de evolución, nota de interconsulta, en su caso y con carta de consentimiento informado, debidamente requisitado y se conservan por un periodo mínimo de cinco años. En caso de contar con sistema de información de registro electrónico para la salud (SIRES), cuenta con un sistema de gestión de seguridad de la información, que asegure la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad.

III. Lavado de manos

8. En el establecimiento se cuenta con lavabo próximo o en el área de exploración física con jabón antiséptico líquido, agua potable y toallas desechables para el lavado de manos.

9. El personal de salud lleva a cabo el lavado de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o en cada procedimiento.

IV. Medicamentos e insumos

10. Los medicamentos e insumos que se encuentran en el establecimiento:

- Tienen fecha de caducidad vigente,
- Cuentan con registro sanitario emitido por la autoridad sanitaria competente,
- Se almacenan de acuerdo a las indicaciones del fabricante,
- En caso de ser un establecimiento privado, no cuente con medicamentos del Sector Salud Público

V. Control y mantenimiento

11. Cuenta con comprobante para el control y erradicación de fauna nociva, menor a 365 días naturales.

12. Cuenta con registros o bitácoras de limpieza y desinfección de las instalaciones y equipos.

VI. Prestación de los servicios de atención médica

13. El consultorio cuenta con las siguientes áreas:

- a) Área para entrevista y otra para la exploración física,
- b) Recepción o sala de espera,
- c) Sanitarios funcionales,
- d) Área administrativa

14. El consultorio cuenta con el siguiente mobiliario y equipo:

Mobiliario:

- a) Asiento para el médico,
- b) Asiento para el paciente y acompañante,
- c) Asiento para el médico en la exploración del paciente,
- d) Banqueta de altura o similar,
- e) Báscula con estadímetro,
- f) Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal,
- g) Guarda de medicamentos, materiales o instrumental,
- h) Mesa de exploración con pierneras,
- i) Mesa de Mayo, Pasteur o similar,
- j) Mueble para escribir,
- k) Mueble para guarda de expedientes clínicos.

Equipo:

- a) Esfingomanómetro anerode o electrónico con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal,
- b) Estetoscopio biauricular,
- c) Estetoscopio Pinard,
- d) Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional),
- e) Lámpara de haz direccionable,



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

- f) Negatoscopio.
- Instrumental:
 - a) Caja con tapa para soluciones desinfectantes,
 - b) Mango para bisturí,
 - c) Martillo percusor,
 - d) Pinza de anillos,
 - e) Pinza de disección con dientes y sin dientes,
 - f) Pinza tipo mosquito,
 - g) Pinza curva,
 - h) Porta aguja recto, con ranura central y estrías cruzadas,
 - i) Tijera recta,
 - j) Riñón de 250 ml,
 - k) Torundero con tapa,
 - l) Cinta métrica,
 - g) Termómetro clínico.

15. Botiquín de urgencias cuenta con lo siguiente:

- a) Material de curación,
- b) Analgésicos,
- c) Anestésico local,
- d) Antidiarreicos,
- e) Antieméticos,
- f) Antihistamínicos,
- g) Antihipertensivos,
- h) Antiinflamatorios,
- i) Antipiréticos,
- j) Broncodilatadores,
- k) Corticoesteroides,
- l) Electrolitos orales,
- m) Vasodilatadores coronarios.

VII. Agua potable

16. Cuenta con sistema de abastecimiento de agua y se realiza limpieza y mantenimiento a las cisternas y/o tinacos por lo menos una vez al año.

17. Se realizó determinación de cloro residual en los siguientes puntos:

Número de muestra	Localización del punto de muestreo	Resultado

VIII. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)

18. Se cuenta con contrato con empresa recolectora de R.P.B.I. vigente, así como de los manifiestos de recolección o bien se encuentra adherido a un plan de manejo externo.

19. En las áreas del establecimiento se separan y envasan los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

20. Cuenta con bolsa de plástico color rojo para residuos biológico-infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes.

IX. Consultorio de medicina preventiva

21. El consultorio de medicina preventiva, además de lo señalado en cuanto a infraestructura y equipamiento para el consultorio de medicina general, cuenta con:

- a) Sistema de refrigeración con control y registro, el cual garantiza una temperatura constante y estable para preservar exclusivamente biológicos.

X. Atención del parto

22. El consultorio de medicina general o familiar, pertenece al sector público y se atienden partos de urgencia, debido a que las condiciones geográficas de lejanía o accesibilidad no permiten el acceso a unidades de mayor poder de resolución.

(Describir las actividades y áreas que corresponden a la atención del parto).

23. Adicional a las instalaciones de consultorio médico, cuenta con:

- a) Recepción,
- b) Observación,
- c) Expulsión y de atención en condiciones asépticas,
- d) De reanimación de la persona recién nacida, y de recuperación de la madre

24. Cuenta con un sistema de esterilización para los materiales necesarios para llevar el control del proceso o bien emplean material estéril desechable.

24. Cuenta con el siguiente equipamiento, mobiliario e instrumental:

Mobiliario:

- a) Mesa de expulsión,
- b) Mesa de mayo o similar,
- c) Mesa Pasteur o similar, y
- d) Meda de atención a la persona recién nacida.

Equipo e instrumental:

- a) Aspirador con sondas,
- b) Báscula pesa bebés y cinta métrica,
- c) Cubeta de 12 litros de capacidad y portacubeta rodable,
- d) Cinta para cordón umbilical o pinza para el cordón umbilical,
- e) Equipo de sutura,
- f) Equipo de reanimación neonatal y de adulto,
- g) Guantes de látex,
- h) Lámpara obstétrica sin sombra,
- i) Onfalotomo,
- j) Pinzas de anillos recta y de campo,
- k) Portasueros,
- l) Riñón de 250 mil o de mayor capacidad,
- m) Sondas de Nelaton, sondas para aspirar al neonato,
- n) Tijeras recta y curva,
- o) Ropa estéril para atención del parto, la cual estará constituida por:
 - i. Bata de cirujano,
 - ii. Secado de manos,
 - iii. Dos cubrepiernas,
 - iv. Tres campos quirúrgicos.
- p) Ropa estéril para atención de la persona recién nacida, la cual estará constituida por:
 - i. Frazada,
 - ii. Sabanita,



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

- iii. Campo doble, y
- iv. Campo sencillo.

XI. Consultorio de homeopatía

25. El consultorio de homeopatía, además de la infraestructura y equipamiento como consultorio de medicina general, cuenta con un botiquín médico homeopático, ubicado en un área distinta a las específicas para consultorio y constituye un área adecuada para el volumen de productos que manejan. (NOM-005 y farmacopea homeopática de los Estados Unidos Mexicanos).

26. El botiquín médico homeopático cuenta exclusivamente con medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales, materiales para realizar la impregnación o trasvase.

27. Los medicamentos homeopáticos del botiquín médico homeopático se suministran a los pacientes exclusivamente en fórmulas magistrales de forma gratuita. No se venden ningún otro tipo de productos. (Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos).

28. Cuenta con un procedimiento normalizado de operación de impregnación y trasvase de medicamentos homeopáticos magistrales. (Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos).

XII. Consultorio de acupuntura

29. El consultorio de acupuntura, además de la infraestructura y equipamiento como consultorio, infraestructura y equipamiento para el consultorio de medicina general, cuentan con: agujas de acupuntura agujas de 3 filos, caja con tapa para soluciones desinfectantes, tachuelas, tubos de ensayo o recipiente portaagujas, autoclave, olla de presión o esterilizador eléctrico de calor seco o su equivalente tecnológico, y laser de bajo poder.

Equipamiento/Instrumental de acuerdo a especialidades

XIII. El consultorio de cirugía general y cirugía reconstructiva cuenta con el siguiente equipamiento y/o instrumental en óptimas condiciones de funcionamiento

30. El consultorio que no está integrado a hospital cuenta con un sistema de esterilización, de preferencia autoclave y sistemas químicos de esterilización o el contrato del servicio respectivo.

31. Mesa con tarja, Caja de Doayan, Charola de Mayo, Dos recipientes con tapa para soluciones desinfectantes, Tijera mayo, Mango de bisturí, Pinza de disección con dientes, Pinza de disección sin dientes, Torundero, Pinzas de Kelly, Pinzas mosquito rectas y curvas, Portaagujas, Riñón de 250 ml.

XIV. El consultorio de dermatología cuenta con el siguiente equipamiento y/o instrumental en óptimas condiciones de funcionamiento

32. Equipo de fulguración, lámpara con lupa de tres dioptrías.

33. Cucharillas (curetas) dérmicas de Piffard o de Douglas o equivalente tecnológico.

34. Pinza de depilación, Pinza para biopsia, extractor de comedones con lanceta.

XV. El consultorio de Gineco-Obstetricia cuenta con el siguiente equipamiento y/o instrumental en óptimas condiciones de funcionamiento

35. Mesa de exploración con piñeras, Mesa de trabajo para preparar laminillas.

36. Sistema de esterilización por calor seco o húmedo y para guarda de material estéril (para consultorios independientes, no ligados a un hospital).

37. Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico, Aparato para cauterizar o fulgurador.

38. Recipiente hermético para soluciones desinfectantes, Riñón de 250 ml, Portacubetas rodable, Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

39. Tres espejos vaginales de cada tamaño, Histerómetro, Tijera de Metzenbaum, torundero.	
40. Pinza de Pozzi, Pinza para biopsia de cérvix uterino, Pinza para biopsia de endometrio, Pinza uterina, Pinzas para sujetar cuello uterino.	
XVI. El consultorio de medicina de física y rehabilitación cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
41. Cinta métrica, Goniómetro, martillo de reflejos y Plantoscopio.	
XVII. El consultorio de neumología/inhaloterapia cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
42. Espirómetro o sustituto tecnológico, sistemas instrumentales de tratamiento (cepillo bronquial, pinza de biopsia bronquial o su equivalente tecnológico).	
43. En caso de ofertar el servicio de inhaloterapia deberá contar con: mesa con tarja, sillón reclinable.	
44. Vaporizador humedecedor, nebulizador, micronebulizador o su equivalente tecnológico.	
XVIII. El consultorio de neurología y neurocirugía cuenta con el siguiente equipamiento e instrumental en óptimas condiciones de funcionamiento	
45. Carta para medir agudeza visual, compas de Weber y Contenedor de olores fuertes.	
46. Dinamómetro de mano, equipo para cirugía menor, Tubos de ensayo con agua fría y caliente y Martillo de percusión con aditamentos para la exploración de la sensibilidad cutánea.	
XIX. El consultorio de ortopedia y traumatología cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
47. Mesa de trabajo con doble tarja y trampa de yeso, Martillo percusor grande para reflejos, Pinza de disección con dientes y sin dientes, Pinza Rochester, Plantoscopio y Sistema de somatometria.	
48. Pinza para yeso, Sierra de stryker, Tijera de botón, Tijera de caimán, Tijera para retirar puntos y Tijera de presión.	
XX. El consultorio de pediatría cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
49. Báscula pesa bebés, Esfigmomanómetro con brazalete para infantes y escolares, Infantómetro (puede ser parte de la mesa de exploración).	
50. Refrigerador de 4.5 pies cúbicos (cuando tengan servicio de vacunación).	
XXI. El consultorio de proctología cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
51. Mesa especial de exploración proctológica, caja de desinfección de instrumentos, caja de Doayan, torundero.	
52. Equipo de endoscopia y Equipo de curaciones, unidad electroquirúrgica.	
XXII. El consultorio de urología cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
53. Carro de curaciones, caja de instrumentos con tapa, Cistouretróscopio mínimo con dos camisas 20 y 22 fr. con sus aditamentos de fuente de poder y cables, recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras.	
54. Mango de bisturí, pinza de disección con y sin dientes, pinza Kelly, pinza Forester recta, porta agujas, tijera mayo, tijera para retirar puntos, torundero, riñón.	
55. Densímetro para orina o su equivalente tecnológico, Juego de candelillas, Juego de dilatadores uretrales, Juego de muletillas sondas de tres vías, sondas uretrales con globo.	
XXIII. El consultorio de oftalmología cuenta con el siguiente equipamiento instrumental en óptimas condiciones de funcionamiento	

6



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

56. Mesa para instrumentos oftalmológicos, sillón para paciente, Armazón de pruebas, caja de lentes para pruebas, campímetro (o sustitución tecnológica correspondiente), Exoftalmómetro, Foróptero.	
57. Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico, Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales, Keratómetro o Eskiascopio.	
58. Lámpara de hendidura, Lensómetro, Lupa anaesférica de 20 dioptrías, ocluser, Perímetro, Prisma para medir forias, Retinoscopio.	
59. Tonómetro, Aguja para cuerpos extraños, Aguja para lavado de vías lagrimales, Blefaróstato, Caja de Bard Parker con pinza de traslado.	
60. Dilatador de punto lagrimal, Gubia para cuerpos extraños, Juego de espejos para eskinoscopia, plano y cóncavo.	
61. Mango de bisturí o su equivalente tecnológico, Pinza conjuntiva recta, Pinza curva de iris, sin dientes, Pinza para fijación, Pinzas para pestañas.	
62. Recipiente hermético para desinfectantes (en su caso esterilizador), Separadores de desmarres, Tijera para retirar puntos, tijera de iris.	
XXIV. El consultorio de otorrinolaringología cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
63. Sillón de exploración Otorrinolaringología, con movimiento circular y posibilidad de variar altura e inclinación.	
64. Esterilizador.	
65. Adaptador fenestrado para los aspiradores de oído (Guilford-Wright), Aplicador de Lambury, Aplicador metálico de punta triangular o estriada tipo Lathbury o Brown, Asa Billeau, Cánula vanalyea, con punta roma, calibre 15 ga (1.8 mm), Cucharilla o asa para cerumen, Cuchillo angulado de paracentesis o miringotomía, Jeringa metálica para lavado de oído, Juego de aspiradores de Frazier No. 6-8 y 10, Juego de aspiradores de oído No. 16 G, 18 G y 20 G, Juego de espejos laríngeos Nos. 2-4-6 y 8, Juego de tres diapasones 256, 512 y 1024 tipo Hartman, Lámpara de alcohol, Lámpara frontal o espejo frontal, en este caso es necesario contar con una lámpara con haz dirijible, Mango universal para espejo laríngeo, Mechero, Microscopio de pedestal o de pared con iluminación halógena con doble lámpara, ajuste de dioptrías en oculares de gran angular de 12.5 con objetivo de 200 mm, Otoscopio con lente de aumento 2X con su juego de conos óticos, Pera Politzer, Pinza de Hartman copa de 0.6mm, 13.5 cm de longitud.	
66. Pinza para biopsia, rinoscopio adulto e infantil, riñón metálico, Transiluminador.	
XXV. El consultorio de psiquiatría cuenta con el siguiente equipamiento en óptimas condiciones de funcionamiento	
67. Asiento para el médico, asiento para el paciente y acompañante, diván o sillón, escritorio, mueble para guarda de equipos e insumos.	

OBSERVACIONES GENERALES

Deberá describir la ubicación del establecimiento y las áreas

6



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Multiple horizontal lines for text entry.

Medidas de Seguridad

1. Se aplica medida de seguridad	SI ()	NO ()
2. Aseguramiento de productos u objetos	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 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)

6. Se anexa documentación	SI ()	NO ()
6.1 Número de anexos:		
6.2 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 original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta 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:

Horizontal lines for text entry.

6

Handwritten signature



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 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	TESTIGO	TESTIGO
_____	_____	_____
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO	VERIFICADOR SANITARIO	VERIFICADOR SANITARIO
------------------------------	------------------------------	------------------------------



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma