



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA PUNTOS DE VENTA DE PRODUCTOS DEL TABACO

En _____ siendolas _____ 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 del (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 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 _____, 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 _____.

_____ 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 _____.

_____ 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 _____.

_____ 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:

[Handwritten signatures]



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Objeto y alcance de la orden de verificación sanitaria (Transcribir)

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
----------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------------

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cuenta con aviso de funcionamiento: Si o No
 Se anexa copia del aviso de funcionamiento: Si o No
 Con giro o actividades de: _____
 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 total de empleados en área de producción: NO APLICA
 Volumen de producción diaria en piezas, kilogramos, litros, etc. (especificar unidades) NO APLICA

I. ESTABLECIMIENTO CON VENTA DE PRODUCTOS DEL TABACO	Valor
1. Cuenta con un anuncio situado al interior del punto de venta con las leyendas: "Se prohíbe el comercio, venta, distribución o suministro de productos del tabaco a menores de edad".	
2. El vendedor y/o distribuidor exige a la persona que se presente a adquirir productos del tabaco, que acredite su mayoría de edad con identificación oficial con fotografía.	
3. Los paquetes, cajetillas abiertas o cerradas no se exhiben dentro del punto de venta al público en general	
4. Se encuentran en los puntos de venta los paquetes de productos del tabaco con su empaquetado y etiquetado externo, con las imágenes conforme se establece el Acuerdo por el que se da a conocer la serie de leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, vigente y publicado en el Diario Oficial de la Federación.	
5. No se exhibe, comercia, vende, distribuye o suministra cigarrillos por unidad (sueltos).	
6. No se exhibe, comercia, vende, distribuye o suministra cigarrillos en empaques que contengan menos de catorce o más de veinticinco unidades.	



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

7. No se exhibe, comercia, vende, distribuye o suministra tabaco picado en bolsas con más menos de diez gramos.	
8. La colocación de los cigarrillos en los puntos de venta evita que los consumidores puedan observarlos y/o tomarlos directamente.	
9. No se comercia, vende, distribuye o exhibe cualquier producto del tabaco a través de distribuidores automáticos o máquinas expendedoras.	
10. Los productos del tabaco no se exhiben ni distribuyen gratuitamente al público en general o con fines de promoción.	
11. No se comercia, vende, distribuye, exhibe o promociona cualquier objeto que no sea un producto del tabaco, que contenga alguno de los elementos de la marca o cualquier tipo de diseño o señal auditiva que lo identifique con productos del tabaco.	
12. No se exhibe, comercia, distribuye, dona, regala, vende o suministra productos del tabaco a menores de edad	
13. En actividades de comercio, producción, distribución, suministro, exhibición y venta de productos del tabaco no se emplean a menores de edad.	
14. No se emplean incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco.	
15. No se distribuye, vende u obsequia, directa o indirectamente, ningún artículo promocional que muestre el nombre o logotipo de productos del tabaco.	
16. Los productos del tabaco no se promueven a través de sorteos, rifas, concursos o coleccionables, programas de recompensas, descuentos y otros eventos en donde intervenga el azar.	
17. La información sobre los productos del tabaco que se presenta en el interior del punto de venta es a través de una lista textual y escrita de estos productos con sus precios sin logotipos, sellos o marcas.	
18. El punto de venta tiene a la vista del público el número telefónico que la Secretaria de Salud dispuso, en donde se otorga asesoría y orientación relativa a Centros de Tratamiento y ayuda para dejar el consumo de tabaco.	
19. El punto de venta cuenta con la leyenda "venta prohibida de cigarrillos por unidad".	
20. El punto de venta cuenta con la leyenda "Se prohíbe el comercio, venta, distribución o suministro a menores de edad".	
21. El punto de venta cuenta con el texto: "Reporta al" seguido del número telefónico para presentar denuncia ciudadana por incumplimiento.	
II. PRODUCTOS DEL TABACO	
22. Durante la entrega de productos del tabaco hasta el consumidor final no se cubre, distorsiona u obstaculiza la visibilidad de los mensajes sanitarios y pictogramas del empaquetado y etiquetado externo, mediante el uso de calcomanías, sobres, cajas, fundas o cualquier otro artefacto.	
23. Los puntos de venta en que se expendan puros por unidad mantiene el producto en su caja original hasta el momento de su venta.	
24. El empaquetado y etiquetado externo de puros, cuenta con los mensajes sanitarios y pictogramas.	
25. Los mensajes sanitarios y pictogramas en el empaquetado y etiquetado externo de puros están igualmente visibles y disponibles en todo momento.	
26. No existen paquetes abiertos para la exhibición de puros.	
27. En el empaquetado y el etiquetado externo de los productos del tabaco no se sugiere alguna promoción.	



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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

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



Acta de Verificación Sanitaria 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:

Número de muestra/Nombre del producto	Sitio, lugar, o punto de muestreo	Marca	Lote	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.

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.



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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:

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 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



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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