



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN TATUAJES, MICROPIGMENTACIONES Y PERFORACIONES

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 _____ el (los)

Verificador(es) _____ 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 _____ 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 _____.

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

[Handwritten signatures]
Página 1 de 6



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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 (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	(---) 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: _____

Volumen de producción diaria en piezas, kilogramos, litros, etc. (especificar unidades)

PUNTO A VERIFICAR	Valor
I. INDOCUMENTACIÓN	
1. Se cuenta con Aviso de Funcionamiento y tarjeta de control sanitario vigente, del personal que realiza el procedimiento de micropigmentacion micropigmentación, perforación y tatuajes.	
II. REGISTRO DE USUARIOS	
2. Se cuenta con libreta encuadernada y foliada para el registro de usuarios que permita la identificación y contacto posterior en caso necesario.	
3. A cada usuario se le realiza Cuestionario previo al procedimiento de tatuaje, micropigmentación o perforación y éste se encuentra debidamente llenado y corresponde al aprobado por la Secretaría	



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

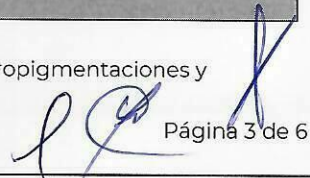
PUNTO A VERIFICAR	Valor
4. Se proporciona información previa al usuario con respecto a los riesgos, la irreversibilidad y cuidados que conllevan los procedimientos	
5. Las Cartas de consentimiento informado se encuentran debidamente requisitadas y signadas por el usuario	
6. Cuando el usuario es menor de edad, se realiza Carta de Autorización por escrito la cual contiene los datos y firma del padre o tutor y a la misma se anexa copia de la documentación oficial que acredite la relación de parentesco o tutela	
7. La documentación es resguardada por un periodo mínimo de 2 años	
III. EQUIPO Y MATERIALES	
8. La joyería, agujas, navajas, punzones u otro material punzocortante que se utilizan en los procedimientos de tatuajes, micro pigmentación o perforaciones, son desechables y usados una sola vez.	
9. Cualquier utensilio, equipo o instrumento, susceptible de ser reutilizado y que sea distinto a lo señalado en el punto anterior, deberán ser esterilizados y almacenados con anterioridad a su uso, en condiciones que mantengan dicho estado.	
10. Se cuenta y se usan guantes de uso quirúrgico y cubre bocas desechables	
11. Se utilizan desinfectantes de uso médico o quirúrgico en el establecimiento	
12. Las tintas que se utilizan para micro pigmentación y tatuajes, son biocompatibles con el cuerpo humano y se mantienen en su envase original	
13. Se cuenta con agua corriente dentro del establecimiento	
IV. INFRAESTRUCTURA	
14. Se cuenta con área de lavado, esterilización y guarda de material estéril	
15. Las instalaciones se observan limpias y en buen estado de mantenimiento	
V. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS – RPBI	
16. Presenta Plan de Manejo de Residuos Peligrosos, aprobado por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales o está adherido a uno.	

OBSERVACIONES GENERALES

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Medidas de Seguridad Sanitaria
NO)

(Marque con una X en SI o


 Página 3 de 6



Acta de Verificación Sanitaria 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 NO)	(Marque con una X en SI o	
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		

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 el 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



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

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 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

[Handwritten signature]
Página 5 de 6



Acta de Verificación Sanitaria No. _____

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

V. B.

Dra. Milagros Esquivel