**COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

**ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X**

En **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** siendo las **\_\_\_\_\_** horas del día **25** del mes de **\_\_\_\_** de 20**\_\_**, en cumplimiento a la orden de visita de verificación número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de fecha **25** de **septiembre** de 20**23**, emitida por el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, en su carácter de **Director De Protección Contra Riesgos Sanitarios**, el(los) Verificador(es) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** adscrito(s) a la Comisión de Operación Sanitaria, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con fotografía, vigente(s) al **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**expedida(s) el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, por el **Dr. Sergio Arturo Jiménez Urgell** , 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 4 fracción II inciso d, 11 fracciones IX, XI y XIV, y 15 fracción IV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y 396, 399, 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud**. Constituido(s) en el establecimiento denominado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con RFC **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ubicado en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** número **\_\_\_**, Colonia **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, marcación 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 (la) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 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 o (la) C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el(la) C**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**quien se identifica con **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con domicilio en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** y el(la) 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 (Transcribir)***

**Objeto**: Verificación para constatar las condiciones sanitarias del establecimiento.

**Alcance Uno:** Visita de verificación para constatar las condiciones sanitaria del establecimiento; funcionamiento de los equipos y generadores de radiación ionizante (rayos x), procesos, equipos y dispositivos, de protección, señalamientos, documentación legal y técnica que ampare el funcionamiento del establecimiento; informes, registros, manuales, procedimientos, del personal, transporte, controles y disposición final de los residuos generados; de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana **NOM 229- SSA1-200**2 salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos x. **NOM-041-SSA2-2011**, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama

**Alance Dos:** En caso de encontrar irregularidades en el establecimiento o en los productos, o riesgos a la salud de la población aplicar las medidas de seguridad que corresponda, con fundamento en los **Artículos 397, 402, 411, 412, 414 Y 414** **Bis de la Ley General de Salud.**

**Alance Tres:** Para el desarrollo de las actividades, el personal designado podrá realizar toma videográfica y/o fotográfica del establecimiento, de los productos o de las acciones que se realicen en cumplimiento a la presente orden. De conformidad con la publicación en el periódico oficial del Estado de Tabasco, No.8676 de fecha 29 de marzo de 2023.

**Información Administrativa**

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

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Con giro o actividades de: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tipo de establecimiento: Público**\_\_**, 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. Y de **\_\_\_\_\_\_** a **\_\_\_\_\_\_** hrs.

Turnos:**\_\_**

Número total de empleados: **\_\_**

Número de empleados en área de servicio **\_\_**

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** |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Generalidades** | **Valor** |
| 1. Cuenta con Licencia Sanitaria vigente y se encuentra en lugar visible al público |  |
| 1. Cuenta con Responsable de la Operación y Funcionamiento (ROF) |  |
| 1. El ROF cuenta con Permiso Sanitario vigente y se encuentra en lugar visible al público |  |
| **II. Manuales** | |
| 1. Dispone de manuales actualizados de protección y seguridad radiológica, y de procedimientos técnicos (este último autorizado por el Titular del establecimiento y/o el ROF) |  |
| **III. Responsabilidades Generales** |  |
| 1. Las solicitudes de los estudios prescritos por el médico tratante, cuentan con nombre, cédula profesional, fecha de prescripción y están debidamente firmadas por éste. |  |
| 1. El médico radiólogo entrega junto con cada estudio radiográfico un informe fechado de la evaluación radiológica, avalado con su nombre, cédula profesional y firma |  |
| 1. El Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE), cuenta y utiliza los equipos y accesorios de protección radiológica adecuados al trabajo que realiza. |  |
| **IV. Instalaciones del Establecimiento** |  |
| 1. El establecimiento cuenta con:  * Sala de espera * Sala de rayos X * Área de consola de control * Vestidores y sanitarios para pacientes * Área de almacenamiento de película * Cuarto oscuro * Área de interpretación * Área de preparación de medios de contraste |  |
| 1. Cuenta con carteles en las salas de espera, para alertar a las pacientes con sospecha de embarazo, con la leyenda “SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE USTED SE ENCUENTRE EMBARAZADA, INFORME AL MÉDICO O AL TÉCNICO RADIÓLOGO ANTES DE HACERSE LA RADIOGRAFÍA” |  |
| 1. El cuarto oscuro cuenta con sistema de inyección y extracción de aire al exterior, ambos funcionando |  |
| 1. En el cuarto oscuro no penetra la luz. |  |
| 1. Concuerda la sensibilidad de las placas con la característica de los chasis. |  |
| 1. El techo del cuarto oscuro es de material que no se descame, los muros están pintados en un color claro mate y, además se encuentran en buen estado de acabado y conservación. |  |
| 1. El piso del cuarto oscuro es anticorrosivo, impermeable y antideslizante. |  |
| 1. Se observa un manejo adecuado de los productos químicos dentro del establecimiento. |  |
| **V. Programa de Garantía de Calidad** |  |
| 1. Cuenta con un Programa de Garantía de Calidad. |  |
| 1. Cuenta con un responsable del Programa de Garantía de Calidad (El titular, responsable o AESR). |  |
| 1. Presenta registros de la calendarización, fechas y resultados de las prácticas de vigilancia, del control de calidad, las dificultades encontradas, las medidas correctivas aplicadas, fecha de aplicación, efectividad y evaluación del programa. |  |
| **VI. Área de Almacenamiento** |  |
| 1. El lugar de almacenamiento de las películas es adecuado. |  |
| 1. Las películas se almacenan de canto. |  |
| 1. La caducidad de las películas es vigente. |  |
| **VII. Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE)** | |
| 1. El personal ocupacionalmente expuesto cuenta con:  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **NOMBRE DEL POE** | **EXPEDIENTE** | **DOSIMETRÍA** | **VIGILANCIA MÉDICA** | **CAPACITACIÓN**  **EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA** | **TÍTULO O CÉDULA PROFESIONAL** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII. Pruebas de Calidad** |  |
| **Nitidez y Uniformidad de los Negatoscopios**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | IDENTIFICACIÓN DEL NEGATOSCOPIO | UBICACIÓN | **LECTURAS (Cd/m2)** | | | | | | CENTRO | INFERIOR IZQUIERDO | INFERIOR DERECHO | SUPERIOR IZQUIERDO | SUPERIOR DERECHO | | **-------------** | **-----------------** | **------------** | **-------------** | **---------** | **----------** | **-------** | | **-------------** | **-----------------** | **---------** | **--------------** | **---------** | **-----------** | **---------** | | |

**Sala de Rayos X. Equipo Convencional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Generador** | **Tubo** |
| **Marca** |  |  |
| **Modelo** |  |  |
| **Serie** |  |  |

| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| --- | --- |
| El generador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El tubo cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El colimador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La mesa cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La consola de control cuenta con etiqueta de identificación |  |
| ¿Qué tipo de corriente es el generador?:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de adquisición del equipo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de instalación del equipo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Tamaño del punto focal (mm): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Cuenta con póliza de mantenimiento (nombre y teléfono de la empresa contratada): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Orden de servicio del último mantenimiento(mes y año):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo |  |
| Cuenta con las pruebas de aceptación del equipo de cuando se instaló éste. |  |
| Cuenta con las pruebas de control de calidad del equipo, realizadas en los últimos cinco años |  |
| Se cuenta con manual de instalación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de operación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español |  |
| La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento |  |
| Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo |  |
| El paciente se observa desde la consola de control |  |
| En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos X existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación |  |
| Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos X “*Cuando la luz esté encendida sólo puede ingresar personal autorizado”* |  |
| Existe símbolo internacional de radiación con la leyenda *“Radiaciones zona - controlada”* |  |
| En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente *“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”* |  |
| En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos X se cuenta con leyendas precautorias *“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”* |  |
| La mampara de la sala de rayos X es fija |  |

**Medición de los Niveles de Radiación. Blindajes (Uno por Cada Sala)**

Especificar la ubicación del equipo, consola de control, bucky de pared, cuarto oscuro, sala de interpretación, vestidor, etc.

Especificar las colindancias.

Enumerar los puntos a medir.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | | | |
| **No. DE SALA** | | | **MONITOR DE RADIACIÓN** | **CÁMARA DE IONIZACIÓN O DETECTOR: RADCAL** | | **TÉCNICA A UTILIZAR** | | | | | | |
| **Modelo: --------** | **Serie:------** | **Kv:**~~----~~ | **mAs:---** | | | | | **texp** |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |  | **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |
| **1** |  |  |  | **8** |  |  |
| **2** |  |  |  | **9** |  |  |
| **3** |  |  |  | **10** |  |  |
| **4** |  |  |  | **11** |  |  |
| **5** |  |  |  | **12** |  |  |
| **6** |  |  |  | **13** |  |  |
| **7** |  |  |  | **14** |  |  |

PUNTOS DE MEDICIÓN INDISPENSABLES: Consola, colindancias, Bucky de pared, puertas, traslapes, juntas, marcos, inconsistencias constructivas, piso superior e inferior en caso de que se encuentren ocupados, cuarto oscuro, etc.

**CARGA DE TRABAJO (NO OMITIR NINGÚN DATO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SALA** | |  | **LA TÉCNICA MÁXIMA UTILIZADA ES** |
| JORNADA LABORAL DIARIA (HORAS) | **------** |  | kV **\_\_\_\_**  mAs **\_\_\_\_\_\_** |
| DÍAS LABORADOS POR SEMANA | **------** |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN |
| NÚMERO DE PACIENTES POR DIA | **------** |  | **--------------------------------------------------------------** |
| NÚMERO DE DISPAROS POR PACIENTE | **------** |  | NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR  **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** |

**EVALUACIÓN DE CALIDAD PARA EQUIPOS DE RAYOS X. EQUIPO CONVENCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **No. De Sala** | **---------------------------------------------------------------------------------** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medidor de mAs** | | **Medidor de kV y t** | |
| **Modelo: ------------** | **Serie: ------------** | **Modelo: ------------** | **Serie: ------------** |
| **Medidor de iluminancia** | |  | |
| **Modelo: ------------** | **Serie: ------------** |  |  |
| **Monitor De Radiación** | | **Cámara de Ionización** | |
| **Modelo: ------------** | **Serie: ------------** | **Modelo:-----------------** | **Serie:------------** |

1. **INDICACIÓN VISUAL DE PARÁMETROS Y FUNCIONAMIENTO MECÁNICO**

| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| --- | --- |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de kV |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de mA |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de **texp.** |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de mAs |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de focos (L/S) |  |
| Se cuenta con señal de exposición auditiva |  |
| Se cuenta con señal de exposición visual |  |
| Se cuenta con iluminación para delimitar el campo de radiación |  |
| El movimiento de la mesa es adecuado |  |
| El movimiento del bucky de mesa es adecuado |  |
| El movimiento del bucky de pared es adecuado |  |
| El movimiento del tubo y coraza es adecuado |  |
| El freno de la mesa es adecuado |  |
| El freno del bucky de mesa es adecuado |  |
| El freno del bucky de pared es adecuado |  |
| El freno del tubo y coraza es adecuado |  |

##### **PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD**

##### **NOTA: Tome en cuenta que el equipo de medición para las Pruebas de Control de Calidad es diferente en cada caso y depende de la Marca y el Modelo, por lo cual es importante que lleve a cabo los procedimientos de acuerdo al Manual de Operación de su equipo.**

##### **B) MEDIDA DE LA TENSIÓN (kV)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Distancia Foco-Detector** | **mAs** | **Punto focal** | **kV nominal** | **kV medido** |
|  |  |  | **50** | **------------** |
| **100 cm** |  |  | **60** | **------------** |
|  | **50** | **Grueso** | **70** | **------------** |
|  |  |  | **80** | **------------** |
|  |  |  |

##### **C) MEDIDA DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mA** | **tnominal** | **Distancia Foco-Detector** | **tmedido 1** | **tmedido 2** |
| **60** | **200** | **0.1 s** | **100 cm** | **---------** | **---------** |
| **0.05 s** | **---------** | **---------** |

##### **D) MEDIDA DE LINEALIDAD DE mAs**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Distancia Foco-Detector** | **kV** | **mA** | **tnominal** | **mAsnominal** | **mAsmedido** |
| **100 cm** | **60** | **50** | **.200** | **10** | **REFERENCIA** |
| **100** | **.200** | **20** | ---------------- |
| **200** | **.200** | **40** | ---------------- |
| **300** | **.200** | **60** | ---------------- |
| **400** | **.200** | **80** | ---------------- |

##### **E) RENDIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mA** | **texp.** | **mAs** | **Distancia Foco-Cámara** | **Distancia Mesa-Cámara** | **LECTURA (mR)** |
|  |  |  |  |  |  | **------------** |
| **80** | **200** | **0.50** | **10** | **100 cm** | **10 cm** | **------------** |
|  |  |  |  |  |  | **------------** |

##### **F) LINEALIDAD Y REPRODUCIBILIDAD DEL RENDIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mA.** | **texp.** | **mAs** | **Distancia Foco-Cámara** | **Distancia Mesa-Cámara** | **LECTURA (mR)** |
| **80** | **50** | **0.4** | **20** | **100 cm** |  | **------------** |
| **100** | **0.2** | **20** |  | **------------** |
| **200** | **0.1** | **20** | **10 cm** | **------------** |
| **250** | **0.08** | **20** |  | **------------** |
| **400** | **0.05** | **20** |  | **------------** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. SALA** | **ESTABLECIMIENTO** | | | | |
| Única | -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | |
| **MONITOR DE RADIACIÓN** | **CÁMARA DE IONIZACIÓN** | | | |
| N/S**------------** | MODELO**------------** | | N/S: **------------** | |
|  | | | Foco | | **Grueso** |

##### **G) CALIDAD DEL HAZ (CHR)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mAs** | **Distancia  Foco-Cámara** | **Distancia  Mesa-Cámara** | Espesor **mmAl** | **LECTURA (mR)** |
| **80** | **10** | **100 cm** | **10 cm** | **0.0** | **------------** |
| **1.0** | **------------** |
| **2.0** | **------------** |
| **2.5** | **------------** |
| **3.0** | **------------** |
| **4.0** | **------------** |

##### **H) INTENSIDAD DEL HAZ DE LUZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luxes | **Distancia**  **Foco-Detector 1 m** | **------------** |
|

##### **I) ALINEACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificar y anexar las placas de estas Pruebas |  |  |  |  | FOCO | **------------** |
| **kV** | **mAs** | **Distancia Foco-Receptor** | **Tamaño del Campo (en cm)** | OBSERVACIONES | |
| Coincidencia de centros | **44** | **5** | **100 cm** | 30X30 | **------------** | |
| Coincidencia de campos y | **56** | **15** | **100 cm** | 18X14 |  | |
| Perpendicularidad del haz | **------------** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Alineación de la rejilla antidispersora** | **44** | **5** | **100 cm** | | **30 x 30** | | | **----------------** | |
| **Densitometría** |  | **I2** | | **I1** | | **Centro** | **D1** | | **D2** |
|  |  |  | |  | |  |  | |  |

**SALA DE RAYOS X. PANORÁMICO DENTAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Generador** | **Tubo** |
| **Marca** |  |  |
| **Modelo** |  |  |
| **Serie** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| El generador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El tubo cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El colimador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La consola de control cuenta con etiqueta de identificación |  |
| Qué tipo de corriente es el generador:\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de adquisición del equipo:\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de instalación del equipo:\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Tamaño del punto focal (mm): \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Cuenta con póliza de mantenimiento (nombre y teléfono de la empresa contratada):\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Orden de servicio del último mantenimiento(mes y año):**\_** |  |
| Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo |  |
| Cuenta con las pruebas de aceptación del equipo de cuando se instaló éste. |  |
| Cuenta con las pruebas de control de calidad del equipo, realizadas en los últimos cinco años |  |
| Se cuenta con manual de instalación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de operación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español |  |
| La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento |  |
| Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo |  |
| El paciente se observa desde la consola de control |  |
| En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos X existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación |  |
| Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos X “*Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado”* |  |
| Existe símbolo internacional de radiación con la leyenda *“Radiaciones zona - controlada”* |  |
| En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente *“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”* |  |
| En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos X se cuenta con leyendas precautorias *“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”* |  |
| La mampara de la sala de rayos X es fija |  |

**sala de Rayos X. Tomografía**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Generador** | **Tubo** |
| **Marca** |  |  |
| **Modelo** |  |  |
| **Serie** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| El generador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El tubo cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El colimador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La mesa cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La consola de control cuenta con etiqueta de identificación |  |
| ¿Qué tipo de corriente es el generador?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de adquisición del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de instalación del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tamaño del punto focal (mm):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cuenta con póliza de mantenimiento ( nombre y teléfono de la empresa contratada):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orden de servicio del último mantenimiento(mes y año):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo |  |
| Cuenta con las pruebas de aceptación del equipo de cuando se instaló éste. |  |
| Cuenta con las pruebas de control de calidad del equipo, realizadas en los últimos cinco años |  |
| Se cuenta con manual de instalación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de operación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español |  |
| La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento |  |
| Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo |  |
| El paciente se observa desde la consola de control |  |
| En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos x existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación |  |
| Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos x “*Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado”* |  |
| Existe símbolo internacional de radiación con la leyenda *“Radiaciones zona - controlada”* |  |
| En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente *“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”* |  |
| En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos x se cuenta con leyendas precautorias *“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”* |  |
| La mampara de la sala de rayos X es fija |  |

**Medición de los Niveles de Radiación. Blindajes (Uno por Cada Sala)**

Especificar la ubicación del equipo, consola de control, bucky de pared, cuarto oscuro, sala de interpretación, vestidor, etc.

Especificar las colindancias.

Enumerar los puntos a medir

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. DE SALA** | | | **MONITOR DE RADIACIÓN** | **CÁMARA DE IONIZACIÓN O DETECTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **TÉCNICA A UTILIZAR** | | | | | | |
|  | | |  | **Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Serie\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **kV** | **mAs** | | | | | **texp** |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |  | **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |
| **1** |  |  |  | **8** |  |  |
| **2** |  |  |  | **9** |  |  |
| **3** |  |  |  | **10** |  |  |
| **4** |  |  |  | **11** |  |  |
| **5** |  |  |  | **12** |  |  |
| **6** |  |  |  | **13** |  |  |
| **7** |  |  |  | **14** |  |  |

PUNTOS DE MEDICIÓN INDISPENSABLES: Consola, colindancias, Bucky de pared, puertas, traslapes, juntas, marcos, inconsistencias constructivas, piso superior e inferior en caso de que se encuentren ocupados, cuarto oscuro, etc.

**Carga de Trabajo (NO OMITIR NINGÚN DATO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SALA** | |  | LA TÉCNICA MÁXIMA UTILIZADA ES |
| JORNADA LABORAL DIARIA (HORAS) |  |  | kV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mAs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DÍAS LABORADOS POR SEMANA |  |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN |
| NÚMERO DE PACIENTES POR DÍA |  |  |  |
| NÚMERO DE DISPAROS POR PACIENTE |  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR  **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** |

**EVALUACIÓN DE CALIDAD PARA EQUIPOS DE RAYOS X. TOMOGRAFÍA**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se cuenta con un maniquí para la calibración del equipo? |  |

***A) CALIBRACIÓN Y UNIFORMIDAD DEL NÚMERO CT***

***ABDOMEN CABEZA***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Parámetros* | *R I* | *Número CT (Agua)* | *Número CT (Aire)* |
| mA:kV:t:Espesor de corte: 10 mm | Este ( 0o) |  |  |
| Norte (90º) |  |  |
| Centro |  |  |
| Sur ( 270º) |  |  |
| Oeste ( 180º) |  |  |

1. ***EXACTITUD DEL INDICADOR DE POSICIÓN Y REUBICACIÓN DE LA MESA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nominal*** | ***-300 mm*** | | | ***0*** | | | ***+300 mm*** | | |  | |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | | ***Regreso a posición inicial*** | | |  |  | |  |
| ***Diferencias*** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |

***C) DEPENDENCIA DEL NÚMERO CT DEL ESPESOR DE CORTE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Parámetros* | *R I (centro)* | *Espesor de corte (mm)* | *Número CT (Agua)* |
| mA:kV:t: |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***D) ESPESOR DE CORTE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Parámetros* | *Espesor de corte (mm)* **Nominal** | *Observaciones* |
| mA:kV:t: | 5 mm |  |
| 10 mm |  |

**SALA DE RAYOS X. PANORÁMICO DENTAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Generador** | **Tubo** |
| **Marca** |  |  |
| **Modelo** |  |  |
| **Serie** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| El generador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El tubo cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El colimador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La consola de control cuenta con etiqueta de identificación |  |
| Qué tipo de corriente es el generador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de adquisición del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de instalación del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tamaño del punto focal (mm):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cuenta con póliza de mantenimiento ( nombre y teléfono de la empresa contratada):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orden de servicio del último mantenimiento(mes y año):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo |  |
| Cuenta con las pruebas de aceptación del equipo de cuando se instaló éste. |  |
| Cuenta con las pruebas de control de calidad del equipo, realizadas en los últimos cinco años |  |
| Se cuenta con manual de instalación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de operación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español |  |
| La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento |  |
| Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo |  |
| El paciente se observa desde la consola de control |  |
| En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos X existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación |  |
| Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos X “*Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado”* |  |
| Existe símbolo internacional de radiación con la leyenda *“Radiaciones zona - controlada”* |  |
| En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente *“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”* |  |
| En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos X se cuenta con leyendas precautorias *“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”* |  |
| La mampara de la sala de rayos X es fija |  |

**Medición de los Niveles de Radiación. Blindajes (Uno por cada Sala)**

Especificar la ubicación del equipo, consola de control, bucky de pared, cuarto oscuro, sala de interpretación, vestidor, etc.

Especificar las colindancias.

Enumerar los puntos a medir.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | |
| **No. DE SALA** | **MONITOR DE**  **RADIACIÓN** | **CÁMARA DE IONIZACIÓN O DETECTOR** | | **TÉCNICA A UTILIZAR** | | |
|  | **MODELO:** | **Serie \_\_\_\_\_** | **KV** | **mAs** | **texp** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |  | **DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICIÓN** | | **LECTURA(µR)** |
| **1** |  |  |  | **8** |  |  |
| **2** |  |  |  | **9** |  |  |
| **3** |  |  |  | **10** |  |  |
| **4** |  |  |  | **11** |  |  |
| **5** |  |  |  | **12** |  |  |
| **6** |  |  |  | **13** |  |  |
| **7** |  |  |  | **14** |  |  |

PUNTOS DE MEDICIÓN INDISPENSABLES: Consola, colindancias, Bucky de pared, puertas, traslapes, juntas, marcos, inconsistencias constructivas, piso superior e inferior en caso de que se encuentren ocupados, cuarto oscuro, etc.

**NO OMITIR NINGÚN DATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SALA** | |  | **LA TÉCNICA MÁXIMA UTILIZADA ES** |
| JORNADA LABORAL DIARIA (HORAS) |  |  | kV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mAs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DÍAS LABORADOS POR SEMANA |  |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN |
| NÚMERO DE PACIENTES POR DÍA |  |  |  |
| NÚMERO DE DISPAROS POR PACIENTE |  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR  **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** |

**INDICACIÓN VISUAL DE PARÁMETROS Y FUNCIONAMIENTO MECÁNICO**

| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| --- | --- |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de kV |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de mA |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de **texp.** |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de focos (L/S) |  |
| Se cuenta con señal de exposición auditiva |  |
| Se cuenta con señal de exposición visual |  |
| Se cuenta con iluminación para delimitar el campo de radiación |  |
| El movimiento del tubo y coraza es adecuado |  |
| El freno del tubo y coraza es adecuado |  |

**OBSERVACIONES GENERALES**

(Debe: describir la ubicación del establecimiento y de las áreas que lo conforman)

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

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: | | |

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 **23-SL-2700-02277-XU** ; 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 **25**, mes **septiembre**, de 20**23**, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en **15** hojas en poder del C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERESADO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **TESTIGO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **TESTIGO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma |
| **VERIFICADOR SANITARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | **VERIFICADOR SANITARIO**  **Ing. Antonio Torres Briceño**  Nombre y firma | **VERIFICADOR SANITARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma |