## ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA: **FARMACIA Y BOTICA**

En LOCALIDAD, ESTADO a las hh:mm HORAS del día **Haga clic aquí para escribir una fecha.**, el (los) suscrito(s) C. nombre verificador verificador(es) sanitario(s) adscrito(s) a ésta Comisión de Autorización Sanitaria, se identifica(n) con credencial (es) Folio: CAS 00 con vigencia al **Haga clic aquí para escribir una fecha.**, expedida por la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios del Estado de XXXXX, otorgada(s) por XXXX XXXX XXXXXX, en su carácter de XXXXXXXXXXXXX con fundamento en los artículos: 4 párrafo cuarto, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2 fracción I, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 bis, 396 fracción I, 399 y 401 fracción I de la Ley General de Salud; 2 inciso C fracción X y 36 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud;

Adecuar fundamento legal

con la(s) cual(es) me (nos) identifico (camos) corresponde(n) con los rasgos fisonómicos del (los) que actúa(n), se le exhorta al interesado que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en la(s) credencial(es) de verificador sanitario, misma(s) que se pone(n) a la vista del interesado y con base en la orden de visita Nº **Haga clic aquí para escribir texto.** de fecha **Haga clic aquí para escribir una fecha.** me (nos) presenté (tamos) en el establecimiento denominado **Haga clic aquí para escribir texto.**, con Registro Federal de Contribuyentes (RFC): **Haga clic aquí para escribir texto.**, con domicilio en **Haga clic aquí para escribir texto.** Nº **Haga clic aquí para escribir texto.**, colonia **Haga clic aquí para escribir texto.**, ciudad **Haga clic aquí para escribir texto.**, delegación o municipio **Haga clic aquí para escribir texto.**, código postal **Haga clic aquí para escribir texto.**, entidad federativa **Haga clic aquí para escribir texto.**, teléfono **Haga clic aquí para escribir texto.**, propiedad de **Haga clic aquí para escribir texto.**, siendo atendido por el C. **Haga clic aquí para escribir texto.** quien se identifica con **Haga clic aquí para escribir texto.** en su carácter de **Haga clic aquí para escribir texto.** y con correo electrónico: **Haga clic aquí para escribir texto.**; a quien se le hace saber que con fundamento en los artículos: 4 párrafo cuarto, 14 y 16 constitucionales; 39 fracciones XV y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1 y 2 c) fracción X, 36 y 37 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 1, 3 fracciones XXII, XXIV y XXVIII, 13 inciso a fracción II, 17 bis fracciones II, IV y VI, 194 último párrafo, 194 bis, 197, 257, 258, 393, 395, 396 fracción I, 397, 398, 399, 400, 401 y 401 bis de la Ley General de Salud; 1 y 2 fracciones I, III, VI, VII, VIII, IX y XIII, 40, 42, 44, 45, 46, 58, 99, 100, 131, 144, 149, 151, 218, 219, 220, 221, 222, 224 y 225 del Reglamento de Insumos para la Salud; 7 fracción III y 10 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Producción, Investigación y Uso Medicinal de la Cannabis y sus Derivados Farmacológicos; 14 fracción VI del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios; y en cumplimiento a la citada orden se procede a efectuar la visita de verificación sanitaria en los términos previstos por el artículo 401 de la Ley General de Salud, en relación con lo dispuesto por los artículos 62 al 69 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo con objeto y alcance de: **Haga clic aquí para escribir texto.**

Exhibiendo el original de la orden respectiva al C. **Haga clic aquí para escribir texto.** con quien se entiende la diligencia, quien firma de recibido, dejando en su poder un original de la misma, manifestándole el derecho que tiene de nombrar dos testigos de asistencia, que deberán estar presentes en toda la visita, designando para tal efecto al C. **Haga clic aquí para escribir texto.** quien se identifica con **Haga clic aquí para escribir texto.** y quien dice tener su domicilio particular en **Haga clic aquí para escribir texto.**; y al C. **Haga clic aquí para escribir texto.** quien se identifica con **Haga clic aquí para escribir texto.** y dice tener su domicilio particular en **Haga clic aquí para escribir texto.** que testificarán lo que aquí se asiente.

Ante la negativa de nombrar los testigos, los designara la autoridad que realiza la visita de verificación, haciéndose constar tal circunstancia en la presente acta: -------------- de la práctica de la visita de verificación se observa lo siguiente: **Haga clic aquí para escribir texto.**

Descripción de actividades en el establecimiento: **Haga clic aquí para escribir texto.**

INSTRUCCIONES: Se deberá anotar el valor en la columna denominada “Calificación”, de acuerdo a la evaluación que amerite cada inciso según corresponda.

**CALIFICACIÓN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2 = CUMPLE TOTALMENTE** | **1 = CUMPLE PARCIALMENTE** | **0 = NO CUMPLE** | **N/A = NO APLICA** |

**I. CONTROL ADMINISTRATIVO**

| **PUNTO** | **DESCRIPCIÓN** | | | | | **CALIFICACIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Licencia Sanitaria N°: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | | **N/A** |
| Fecha de emisión: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| Giro según la Licencia Sanitaria: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| Líneas autorizadas: | | | | |  |
| ☐Fracción I | | | ☐Fracción II | ☐Fracción III |
| 1.1 | Corresponde el giro autorizado con las funciones del establecimiento. | | | | | **N/A** |
| 2 | Aviso de Responsable Sanitario No.: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | | **N/A** |
| Nombre: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| No. de entrada: **Haga clic aquí para escribir texto.** de fecha: **Haga clic aquí para escribir una fecha.** | | | | |  |
| Horario de asistencia según Aviso de Responsable Sanitario: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| 2.1 | Horario de funcionamiento del establecimiento según Aviso de Responsable Sanitario: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| 3 | Se encontró al Responsable Sanitario presente durante la diligencia. | | | | | **N/A** |
| 3.1 | Cuenta con auxiliar asignado por el Responsable Sanitario:  SI☐ (Adjunte copia simple del documento de designación de auxiliar de Responsable Sanitario)  NO☐ | | | | |  |
| 4 | Fecha y número de acta de la última visita de verificación sanitaria practicada por la Autoridad Sanitaria Competente. **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | |  |
| 5 | El establecimiento cuenta con rótulo en la entrada y en lugar visible al público. | | | | | **N/A** |
|  | El rótulo indica lo siguiente: | | | | |  |
| a) | | Razón social del establecimiento | | | **N/A** |
| b) | | Giro del establecimiento | | | **N/A** |
| c) | | Horario de operación del establecimiento | | | **N/A** |
| d) | | Nombre del Responsable Sanitario | | | **N/A** |
| e) | | Número de cédula profesional del Responsable Sanitario | | | **N/A** |
| f) | | Nombre de la institución superior que expidió el título profesional del Responsable Sanitario | | | **N/A** |
| g) | | Horario de asistencia del Responsable Sanitario | | | **N/A** |
| 6 | Cuenta con Procedimientos Normalizados de Operación (PNO) autorizados por el Responsable Sanitario, que garantice las buenas prácticas de operación y dispensación de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud que incluya como mínimo adquisición, importación, recepción, registro de entradas y salidas en libros de control, manejo, almacenamiento, surtido, fechas de caducidad, venta o suministro, devolución, destrucción (incineración o inhabilitación). | | | | | **N/A** |
| 6.1 | El procedimiento cuenta con lo siguiente: | | | | |  |
| a) | | Se encuentra vigente | | | **N/A** |
| b) | | Cuenta con las firmas de quien elabora y revisa | | | **N/A** |
| c) | | Autorizados por el Responsable Sanitario | | | **N/A** |
| d) | | Objetivo | | | **N/A** |
| e) | | Alcance | | | **N/A** |
| f) | | Responsabilidades | | | **N/A** |
| g) | | Desarrollo del proceso | | | **N/A** |
| h) | | Referencias bibliográficas | | | **N/A** |
| 7 | Cuentan con el Suplemento vigente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.  Indicar el número de ejemplar: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | | | **N/A** |
| 7.1 | Cuentan con el Suplemento 2020 que actualiza los contenidos del Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud. | | | | | **N/A** |
| 8 | El establecimiento cuenta con sello fechador. | | | | | **N/A** |
| **Plasmar sello del establecimiento (legible)** | | | | | | |
| 9 | El sello cuenta con: | | | | |  |
|  | a) | Razón social o denominación del establecimiento. | | | | **N/A** |
| b) | Domicilio del establecimiento. | | | | **N/A** |
| c) | Datos del Responsable Sanitario: profesión, nombre completo y número de cédula profesional. | | | | **N/A** |
| d) | Fecha de surtido. | | | | **N/A** |

**COMENTARIOS**

(Detallar anomalías sanitarias y las observaciones a las calificaciones N/A, 0 y 1, anotando el número del inciso que corresponda)

**Haga clic aquí para escribir texto.**

**II. MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS CLASIFICADOS EN LAS FRACCIONES I, II Y III**

| **PUNTO** | **DESCRIPCIÓN** | | | | | **CALIFICACIÓN** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | De acuerdo al artículo 226 de la Ley General de Salud, indique la(s) fracción(es) de medicamentos que maneja: | | | | |  |
| Fracción I | | | Fracción II | Fracción III |
| 2 | Cuenta con gaveta o área de seguridad para el almacenamiento de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud. | | | | | **N/A** |
| 4 | La gaveta o área de seguridad tiene llave o sistema electrónico para la guardia y custodia de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud. | | | | | **N/A** |
| 5 | Todos los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud, se encuentran dentro de la gaveta o área de seguridad. | | | | | **N/A** |
| 6 | Para los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud que requieran refrigeración, cuenta contenedor o refrigerador con cerradura con llave o candado de seguridad. | | | | | **N/A** |
| 7 | Cuenta con el **aviso de previsiones de compra-venta de medicamentos clasificados en la fracción I en el artículo 226 de la Ley General de Salud**. | | | | | **N/A** |
| 8 | Es menor o igual la cantidad de los medicamentos adquiridos en los diversos periodos de seis meses indicados en cada aviso de previsiones de compra-venta de medicamentos clasificados en la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud. | | | | | **N/A** |
| 9 | Cuentan con libros de control **autorizados** para el manejo de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud. | | | | | **N/A** |
| 9.1 | Los libros de control se encuentran: | | | | |  |
|  | a) | Foliados | | | | **N/A** |
| b) | Llenados con tinta | | | | **N/A** |
| c) | **Todos los registros** en libro de control se encuentran avalados con la firma autógrafa del Responsable Sanitario | | | | **N/A** |
| d) | Los registros se encuentran actualizados | | | | **N/A** |
| e) | No presentan tachaduras o enmendaduras en el texto original | | | | **N/A** |
| 9.2 | Los registros en libro de control contienen: | | | | |  |
|  | a) | Denominación genérica y laboratorio fabricante o denominación distintiva | | | | **N/A** |
| b) | Forma farmacéutica, concentración y contenido de la presentación | | | | **N/A** |
| c) | El número de folio de la hoja donde continuara los descargos | | | | **N/A** |
| d) | Fecha de registro | | | | **N/A** |
| e) | Razón social del proveedor | | | | **N/A** |
| f) | Nombre del médico que prescribe | | | | **N/A** |
| g) | Dirección del proveedor o del médico que prescribe | | | | **N/A** |
| h) | Número de cédula profesional | | | | **N/A** |
| i) | Número de la factura de adquisición | | | | **N/A** |
| j) | Lote y fecha de caducidad del medicamento | | | | **N/A** |
| k) | Número progresivo de la receta | | | | **N/A** |
| l) | Acepta y realiza devoluciones | | | | **N/A** |
| 10 | Los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III cuentan con facturas de adquisición: | | | | | **N/A** |
| 10.1 | Las facturas de adquisición cuentan con: | | | | |  |
|  | a) | Fecha de expedición | | | | **N/A** |
| b) | Nombre y dirección del proveedor conforme a la Licencia Sanitaria. | | | | **N/A** |
| c) | Nombre y dirección de entrega conforme a la Licencia Sanitaria. | | | | **N/A** |
| d) | Denominación genérica o distintiva y presentación. | | | | **N/A** |
| e) | Cantidad | | | | **N/A** |
| f) | Número de lote | | | | **N/A** |
| g) | Fecha de caducidad | | | | **N/A** |
| h) | Fecha y firma de recibido | | | | **N/A** |
| 10.2 | Número de **facturas de adquisición** adjuntas al acta: ----------------------- | | | | |  |
| 11 | Las recetas con código de barras que amparan surtido de medicamentos clasificados en la **fracción I** del artículo 226 de la Ley General de Salud, cuentan con: | | | | |  |
|  |  | Fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Nombre del médico | | | | **N/A** |
|  | Domicilio | | | | **N/A** |
|  | Número de cédula profesional | | | | **N/A** |
|  | Institución que expidió el título | | | | **N/A** |
|  | Número de folio | | | | **N/A** |
|  | Fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Nombre del paciente | | | | **N/A** |
|  | Domicilio del paciente | | | | **N/A** |
|  | Diagnóstico del paciente | | | | **N/A** |
|  | Denominación genérica y, en su caso, distintiva y presentación del medicamento prescrito | | | | **N/A** |
|  | Cantidad por surtir | | | | **N/A** |
|  | Dosificación del medicamento | | | | **N/A** |
|  | Número de días de prescripción del tratamiento (no mayor a 30 días) | | | | **N/A** |
|  | Vía de administración | | | | **N/A** |
|  | Clave expresada en Código de barras | | | | **N/A** |
|  | Firma autógrafa del médico | | | | **N/A** |
|  | Se surtió dentro de la vigencia de 30 días a partir de la fecha de prescripción | | | | **N/A** |
| 12 | Las recetas con código bidimensional que amparan surtido de medicamentos clasificados en la **fracción I** del artículo 226 de la Ley General de Salud, cuentan con: | | | | |  |
|  |  | Fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Nombre del paciente | | | | **N/A** |
|  | CURP | | | | **N/A** |
|  | Domicilio del paciente | | | | **N/A** |
|  | Diagnóstico | | | | **N/A** |
|  | Denominación genérica y, en su caso, denominación distintiva | | | | **N/A** |
|  | Cantidad | | | | **N/A** |
|  | Presentación | | | | **N/A** |
|  | Dosificación | | | | **N/A** |
|  | Duración del tratamiento (no mayor a 30 días) | | | | **N/A** |
|  | Vía de administración | | | | **N/A** |
|  | Código bidimensional | | | | **N/A** |
|  | Firma autógrafa del médico | | | | **N/A** |
|  | Se surtió dentro de la vigencia de 30 días a partir de la fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Las recetas médicas cuentan con número de folio asignado | | | | **N/A** |
| 13 | En relación a las recetas especiales de medicamentos estupefacientes fracción I: | | | | |  |
|  |  | Las recetas especiales se encuentran validadas en el portal de servicios de la COFEPRIS **(adjuntar reporte de recetas validadas)**. | | | | **N/A** |
|  | Número total de recetas especiales con las que cuenta el establecimiento: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | |  |
|  | Número total de recetas especiales validadas: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | |  |
| 14 | En relación a las recetas médicas de la **fracción II**, cuentan con: | | | | | **N/A** |
|  |  | Fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Nombre completo del médico | | | | **N/A** |
|  | Domicilio completo del consultorio y teléfono | | | | **N/A** |
|  | Número de cédula profesional | | | | **N/A** |
|  | Institución que expidió el título profesional | | | | **N/A** |
|  | Denominación genérica y, en su caso, distintiva del medicamento prescrito | | | | **N/A** |
|  | Presentación (concentración y forma farmacéutica) | | | | **N/A** |
|  | Cantidad por surtir (No más de dos piezas del mismo medicamento) | | | | **N/A** |
|  | Dosis, frecuencia y duración del tratamiento | | | | **N/A** |
|  | Vía de administración | | | | **N/A** |
|  | Firma autógrafa del médico | | | | **N/A** |
|  | Se surtió dentro de la vigencia de 30 días a partir de la fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Número total de recetas ordinarias de la fracción II con las que cuenta el establecimiento: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | |  |
| 15 | En relación a las recetas médicas de la **fracción III**, cuentan con: | | | | |  |
|  |  | Fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Nombre completo del médico | | | | **N/A** |
|  | Domicilio completo del consultorio y teléfono | | | | **N/A** |
|  | Número de cédula profesional | | | | **N/A** |
|  | Institución que expidió el título profesional | | | | **N/A** |
|  | Denominación genérica y, en su caso, distintiva del medicamento prescrito | | | | **N/A** |
|  | Presentación (concentración y forma farmacéutica) | | | | **N/A** |
|  | Cantidad por surtir (La indicada por el médico) | | | | **N/A** |
|  | Dosis, frecuencia y duración del tratamiento | | | | **N/A** |
|  | Vía de administración | | | | **N/A** |
|  | Firma autógrafa del médico | | | | **N/A** |
|  | Se surtió dentro de la vigencia de 180 días a partir de la fecha de prescripción | | | | **N/A** |
|  | Número total de recetas ordinarias de la **fracción III** con las que cuenta el establecimiento: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | |  |
| 16 | Las recetas de los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud que fueron surtidos cuentan al reverso con los siguientes datos del adquiriente: | | | | |  |
|  | a) | | Nombre | | | **N/A** |
| b) | | Domicilio | | | **N/A** |
| c) | | Teléfono | | | **N/A** |
| d) | | Tipo y número de identificación o copia simple de la misma | | | **N/A** |
| 17 | Las recetas de los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud, se encuentran estampadas con el sello fechador y descargadas en el libro de control. | | | | | **N/A** |
| 18 | Recaba la documentación que acredita la legalidad de sus proveedores ante la Secretaria de Salud. | | | | | **N/A** |
| 18.1 |  | | Licencia Sanitaria | | | **N/A** |
|  | | Aviso de responsable sanitario | | | **N/A** |
|  | Anexar listado de proveedores con los cuales realiza la adquisición de medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud. | | | | |  |
| 19 | El balance compra-venta-saldo es correcto | | | | | **N/A** |
| 20 | Es adecuado la recepción, registro, almacenamiento, manejo y control de medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, y estos son registrados o supervisados por el Responsable Sanitario | | | | | **N/A** |

**COMENTARIOS**

(Detallar anomalías sanitarias y las observaciones a las calificaciones N/A, 0 y 1, anotando el número del inciso que corresponda)

**Haga clic aquí para escribir texto.**

**III. FARMACIA HOSPITALARIA**

| **PUNTO** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Las recetas prescritas para medicamentos estupefacientes clasificados en la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud, tienen como máximo 30 ampolletas en caso de líquidos inyectables y 100 tabletas en caso de sólidos orales. | **N/A** |
| 2 | Cuentan con las órdenes o expedientes médicos individuales que justifiquen la cantidad surtida de cada receta especial u ordinaria. | **N/A** |
| 3 | Los carros rojos cuentan con bitácora de surtido y de los medicamentos controlados. | **N/A** |
| 4 | Cuenta con catálogo de médicos autorizados para recetar medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III. | **N/A** |

**COMENTARIOS**

(Detallar anomalías sanitarias y las observaciones a las calificaciones N/A, 0 y 1, anotando el número del inciso que corresponda)

**Haga clic aquí para escribir texto.**

**IV. DESTRUCCIÓN**

| **PUNTO** | **DESCRIPCIÓN** |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Cuentan con un área de resguardo específica, debidamente identificada y bajo llave para conservar los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud, caduco, deteriorado o en mal estado. | **N/A** |
| 2 | Los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud caducos tienen menos de un año en el establecimiento desde la fecha caducidad. | **N/A** |
| 3 | El responsable sanitario registró la baja en libro de control autorizado los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud caduco y/o deteriorado y anotó en observaciones el motivo de la salida. | **N/A** |
| 4 | Ha solicitado a la autoridad sanitaria correspondiente la destrucción de los medicamentos clasificados en las fracciones I, II y III de conformidad con el artículo 226 de la Ley General de Salud, caduco y/o deteriorado.  Indique el (los) número(s) de acta(s) de verificación de destrucción de los últimos tres años: **Haga clic aquí para escribir texto.** | **N/A** |
| 5 | Han presentado ante la autoridad sanitaria correspondiente el manifiesto de Entrega-Recepción-Transporte de residuos peligrosos correspondientes a las actas de verificación de destrucción en un plazo no mayor a 30 días hábiles posterior a la destrucción. | **N/A** |

**COMENTARIOS**

(Detallar anomalías sanitarias y las observaciones a las calificaciones N/A, 0 y 1, anotando el número del inciso que corresponda)

**Haga clic aquí para escribir texto.**

**IV. ANEXOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNTO** | **DESCRIPCIÓN** | | | |
| 1 | Especificar el número de anexos al acta: **Haga clic aquí para escribir texto.** | | | |
| 2 | Los documentos anexos se cotejaron con sus respectivos originales. | **SÍ** | **NO** | **PARCIALMENTE** |

**COMENTARIOS ADICIONALES**

**Haga clic aquí para escribir texto.**

Lo anterior fue leído al C. **Haga clic aquí para escribir texto.** y testigos, haciéndole saber el derecho que tiene a manifestar lo que a su derecho convenga en razón al artículo 401 fracción IV de la Ley General de Salud. Así mismo, podrá formular sus observaciones y ofrecer pruebas en relación a los hechos contenidos en la presente acta, o bien, por escrito, hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiere levantado la misma, de acuerdo al artículo 68 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, por lo cual manifiesta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Haga clic aquí para escribir texto.**; **Haga clic aquí para escribir una fecha.**

Siendo las 00:00 horas se da por terminada la visita de verificación y no habiendo nada más que agregar, se da previa lectura de la presente acta de verificación ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurran los falsos declarantes ante autoridad distinta de la Judicial (artículo 247 fracción 1ra. del Código Penal Federal), firman al margen y al calce los que en ella intervinieron para todos los efectos legales a que haya lugar, dejando un original de esta acta a la persona que atendió a la visita de verificación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EL INTERESADO** |  | **VERIFICADOR (ES) SANITARIO (S)** |
| **Haga clic aquí para escribir texto.**  **NOMBRE Y FIRMA** |  | **Haga clic aquí para escribir texto.**  **NOMBRE (S) Y FIRMA (S)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TESTIGO** |  | **TESTIGO** |
| **Haga clic aquí para escribir texto.**  **NOMBRE Y FIRMA** |  | **Haga clic aquí para escribir texto.**  **NOMBRE Y FIRMA** |