

Acta de Verificación Sanitaria No.

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES. POR SANEAMIENTO

En _____ siendo las _____ horas
del día _____ del mes de _____ de 20____, en cumplimiento a la orden de visita de verificación sanitaria número _____ de
fecha _____ de _____ de 20____, emitida por _____, en su carácter
de _____, el(los) Verificador(es)
_____ adscrito(s) a
_____, 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 396, 399 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud, 298,301, 303 de la Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca.
Constituido(s) en el establecimiento denominado _____, con RFC _____,
ubicado en la calle de _____, número _____, Colonia _____,
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 copia 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 y 302 de La Ley Estatal de Salud del Estado
de Oaxaca, 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
_____ 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 visita sanitaria (Transcribir)

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros en blanco que conforman la columna denominada "Valor", de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
---------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal: _____

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: _____

Con giro o actividades de: _____

Tipo de establecimiento: Público _____ Social _____ Privado _____

Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros) _____

Días laborales: L M M J V S D. Horario de labores: de _____ a _____ hrs. Turnos: _____

Número total de empleados: _____. Número de empleados en área de servicio: _____

PUNTO A VERIFICAR	Valor
I. Información General	
1. Cuenta con aviso de funcionamiento.	
II. Infraestructura e Higiene	
2. Las paredes y techo del establecimiento son de material resistente al medio ambiente, se encuentran en buen estado de mantenimiento y limpieza.	
3. El establecimiento en general se observa en orden y limpieza.	
4. Cuenta con dormitorios separados por sexo, con camas independientes y acorde al número de internos, con espacios individuales para guardar objetos personales; con buena ventilación e iluminación; se encuentran en buen estado de mantenimiento y limpieza.	
5. La ventilación del establecimiento permite la circulación e intercambio de aire.	
6. Los pisos se encuentran en buen estado de mantenimiento y limpieza, además no presentan encharcamientos.	
7. La iluminación está de acuerdo a la actividad que realiza el personal.	
II. Abastecimiento de agua potable	
8. El establecimiento cuenta con abastecimiento de agua potable, precisar la fuente.	
9. Los tanques de almacenamiento de agua potable, están protegidos contra la corrosión, la contaminación, cuentan con tapa.	
10. El interior de los tanques de almacenamiento de agua, se encuentran limpios.	
III . Área de Preparación de Alimentos	
11. Cuentan con área específica para la preparación de alimentos y esta se encuentra limpia.	
12. Los equipos de refrigeración mantienen una temperatura máxima de 7°C, cuentan con termómetro.	
13. Las condiciones de almacenamiento de alimentos y bebidas es adecuada, conforme a las características de éstos, se encuentran dentro del periodo de caducidad vigente.	
14. Se evita la contaminación cruzada entre materia prima, producto en elaboración y producto terminado.	
15. La materia prima, producto en proceso de elaboración y producto terminado, se encuentran identificados al ser almacenados.	
16. El agua que se utiliza para la preparación de alimentos, lavado de equipos y utensilios es potable.	
17. El equipo, mobiliario y utensilios se encuentran limpios y en buen estado de mantenimiento.	
18. El personal que prepara alimentos está limpio en su persona, vestimenta y calzado, con uñas recortadas y sin joyería.	
IV. Instalaciones Sanitarias	
19. Los sanitarios y regaderas, están separados, por sexo y grupo etario, se observan limpios y en buen estado de mantenimiento.	

Acta de Verificación Sanitaria No.

20. Los sanitarios están conectados al drenaje.	
21. Los sanitarios cuentan con agua, jabón, toallas desechables o secador de aire y bote de basura con tapa.	
IV. Manejo de residuos	
22. Todas las áreas y sanitarios cuentan con recipientes con tapa para basura.	
23. Existe almacén temporal de residuos identificado y separado de las demás áreas.	
24. El almacén temporal cuenta con ventilación que impida la acumulación de malos olores.	
V. Control de plagas y fauna nociva	
25. Cuentan con programa, comprobante de servicio para el control y erradicación de plagas y fauna nociva.	
26. La empresa responsable del servicio de control de plagas cuenta con licencia sanitaria.	
27. Se encuentra presencia y/o evidencia de plagas o fauna nociva.	

OBSERVACIONES GENERALES

Debe describir la ubicación del establecimiento y las áreas

DOCUMENTO SOLO PARA CC

Medidas de Seguridad		(Marque con una X)	
1. Se aplica medida de seguridad	SI ()	NO ()	
2. Aseguramiento de productos u objetos	SI ()	NO ()	
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento:			
3. Suspensión de trabajos o servicios	SI ()	NO ()	
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión:			

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

4. Reubicación de sellos		SI ()	NO ()
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):			
5. Se anexa documentación		SI ()	NO ()
5.1 Número de anexos:	Describir:		

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga en relación con los hechos contenidos en el acta; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días hábiles a partir del día siguiente de la presente diligencia. En uso de la palabra el C. _____ hace constar que recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta y que identificó plenamente al(los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente

O PARA COM

Previa lectura del acta de verificación 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 una 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