ACTA ABIERTA DE VERIFICACION SANITARIA

ACTA No._____

En la localidad de _____, Estado de Yucatán, siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año 2020, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 275-L, 275-N, 275-Ñ, 275-P, 275-Q, 275-R, 275-S, 275-T fracciones I, II y III de la Ley de Salud del Estado de Yucatán: 393, 395, 396 fracción I, 398, 401, 401-Bis fracción I, II, III, de la Ley General de Salud**.** El (los) verificador (es)sanitario(s) _____ _____ adscrito (s) a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, quien (es) se identifica (n) con la (s) credencial (es) con fotografía (s) número (s) _____ Expedida el 01 de Enero de 2020, por el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, Dr. Mauricio Sauri Vivas con vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2020, estando presente (s) en el giro dedicado a _____ _____ ubicado en el predio No. _____de la calle _____ con cruzamientos _____ y _____ de la colonia _____ de la localidad _____ del municipio de _____, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Orden de Verificación No. _____ de fecha _____ emitida por la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, misma que se deja copia en poder del C._____ quien se ostentó con el cargo de _____ y con quien se entiende la presente diligencia, al que se le hace saber el derecho que tiene nombrar a dos testigos de asistencia que deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita y en caso de no hacerlo, estos serán designados por el (los) propio (s) verificador (es), quedando nombrados por el C._____ siendo el C. _____ con domicilio en _____ y se identifica con _____ y el C. _____ con domicilio en _____ y se identifica con _____

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, se procede a desahogar el objeto de la visita que se indica en la orden de visita de verificación y visto el contenido se inició la verificación del establecimiento en los términos siguientes:_____

Ante lo cual, se procede a la práctica de la citada verificación sanitaria, observando al momento de la referida inspección lo siguiente:

ACTA ABIERTA DE VERIFICACION SANITARIA

ACTA No_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Se hizo saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga en términos del Artículo 401 de la Ley General de Salud y del Artículo 317 de la Ley de Salud del Estado de Yucatán en vigor. En uso de la palabra el C. _____ hace constar que recibe copia de orden de visita objeto de la presente acta y que identificó plenamente al verificador(es) para tal efecto y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifestó:

_____
_____
_____
_____
_____

Previa lectura del acta de verificación ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurren los falsos declarantes ante autoridad administrativa. La presente diligencia se cierra siendo las _____ horas con _____ minutos del día _____ firmando al calce los que en ella participan para todos los efectos legales ha que haya lugar, dejándose una copia de todo lo actuado consistente en ____ hojas en poder del C. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO