

Acta N°: _____



SERVICIOS
DE SALUD

Expediente N°: _____

En la ciudad de _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ de _____, el(los) verificador(es) C. _____

_____ adscrito(s) a _____,

quien(es) se identifica(n) con la(s) credencial(es) N°(s) _____ de fecha _____

con vigencia al _____, y expedida(s) por _____,

en calidad de _____; misma(s) que se exhibe(n) al

interesado. Se presenta(n) al establecimiento _____ con R.F.C. _____

propiedad de _____ dedicado a _____

_____, con domicilio en calle _____

_____ N° _____, colonia _____, Municipio _____, Código Postal

_____, cuenta con _____ empleados; para dar cumplimiento a lo expuesto en la Orden de Visita de Verificación No. _____

de fecha _____ emitida por _____ en su calidad de _____

_____ misma que se deja en poder del C. _____

quien se ostentó con carácter de _____ mediante _____ y

con quien se entiende la diligencia, a quien se le hace saber que tiene el derecho para nombrar a dos personas que fungirán como testigos de asistencia y quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s)

Verificador(es) quedando nombrados por el C. _____

los C.C. _____

Acta N°: _____

quienes se identifican mediante _____ y _____ con domicilio en _____ el primero y en _____ el segundo; acto seguido y habiéndose

identificado plenamente los participantes en esta diligencia se procede a efectuar la Visita de Verificación Sanitaria, constituyéndome(nos) en el establecimiento citado, en los términos descritos en la presente acta, por lo que en estos momentos se procede a dar lectura al objeto y alcance de la orden en comento, en presencia de las personas que intervienen en la diligencia, por lo anterior, como acto seguido se procede con el recorrido del establecimiento encontrando lo siguiente:

De la práctica de la Visita de Verificación se observa lo siguiente:

Descripción de actividades del establecimiento:

Clínica u Hospital del Sector: **Público** **Social** **Privado**

NOTA: 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 reactivo según corresponda:

Calificación: (1) Cumple totalmente; (0) No cumple; (-) No es aplicable

Punto	Requisito Sanitario	Valor
1.	Conoce, posee y aplica la NOM-220-SSA1-2002.- Instalación y operación de la Farmacovigilancia	
2.	Conoce, posee y utiliza los formatos oficiales para el reporte de las sospechas de las reacciones adversas (formato médico, para farmacias y ETAV)	
3.	Se encuentra constituido un Centro o Unidad de Farmacovigilancia en el establecimiento	
4.	Existe evidencia documentada de la conformación del Centro o Unidad de Farmacovigilancia	

Acta N°: _____

Lo anterior fue leído al C. _____ 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; por lo cual manifiesta:

Siendo las _____ horas y previa lectura del 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, firman al margen y/o al calce los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejando copia simple de esta acta a la persona que atendió la Visita de Verificación.

En la ciudad de _____ a _____ de _____ de _____.

El interesado

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Verificador(es) Sanitario(s)

Nombre y firma