FICHA TÉCNICA
DIRECCIÓN DE SALUD

I.- Otorgar al solicitante el listado de requisitos necesarios para obtener la opinión técnica por parte de la dirección de salud.

Requisitos para giros dedicados a la venta de alimentos y bebidas

- Copia de credencial de elector
- Croquis de localización del establecimiento
- Diagrama de flujo (producción)
- Permiso del comité de agua potable
- Comprobante de domicilio
- Copia del contrato de arrendamiento del local

Requisitos para farmacias y consultorios

- Copia de credencial de elector
- Croquis de localización del establecimiento
- Diagrama de flujo (producción)
- Permiso del comité de agua potable
- Comprobante de domicilio
- Copia de contrato de fumigación
- Copia del contrato de residuos peligrosos biológicos infecciosos
- Copia de cedula profesional y título del responsable
- Copia del contrato de arrendamiento del local
- Copia de pago del predial al corriente

II.- Realizar la inspección sanitaria al establecimiento del solicitante

Este punto consiste en acudir al establecimiento para verificar que cumpla con las medidas higiénico-sanitarias establecidas en la NOM-051-2009

ACTA DE INSPECCIONES Y VERIFICACIONES

Siendo las _____horas del día _____del mes de_____ del año 201___, reunidos en las instalaciones del inmueble denominado_____

Ubicadas en: _____, Municipio de Almoloya de Juárez, México, los Ciudadanos _____
_____

Y _____ nos reunimos con el objeto de realizar la verificación e inspección en el establecimiento comercial, industrial y/o de servicios, con el giro de _____ ubicado en el territorio municipal, con la finalidad de prevenir y controlar la posibilidad de cualquier riesgo, para efecto de llevar acabo la verificación de medidas de salud e higiene , conforme a lo establecido en el bando municipal de policía y buen gobierno en su Sección II de la Salud, Artículo 108 Frac. I, II, III, IV, VI y VII; Artículo 109 Frac. I y Sección III, Artículo 110y de las demás que deriven en la misma para su control sanitario.

N0	Concepto	Si	No	En qué tiempo	Observaciones
	Licencia sanitaria				
	Agua potable				
	Drenaje				
	Baños separados				
	Ventilación				
	Pisos				
	Techos				
	Alimentos cubiertos				
	Personal exclusivo para cobro				
	Higiene personal, corte de cabello				
	espacio para				

A quienes hagan caso omiso de este aviso se sancionara conforme a lo establecido en la sección
Observaciones:_____
_____

_____ _____

Nombre y Firma del Responsable de la Verificaciones

Nombre y Firma del Responsable del Establecimiento

_____

Vo. Bo. Del Director

III.- Entrega del documento que aprueba la operación de dicho establecimiento.

"2015 AÑO DEL BICENTENARIO LUCTUOSO DE JOSE MARIA MORELOS Y PAVON"

Almoloya de Juárez, Méx., a de del 2015

C. (NOMBRE DEL PROPIETARIO)
REPRESENTANTE LEGAL DE (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)
P R E S E N T E

En referencia a la solicitud realizada a esta Dirección de Salud, en la que se solicita la verificación sobre medidas de salud e higiene, se emite la presente **OPINION TECNICA** ya que dicho establecimiento cuenta con todo lo requerido sobre medidas higiénico-sanitarias para continuar con los trámites correspondientes y trabajar dentro del marco legal con forme a derecho, por lo cual refiero a usted, que con fecha de ----- de ----- del presente año, se llevó a cabo la verificación en el lugar donde nos reunimos la Dirección de Salud, y el representante legal del establecimiento, el cual se encuentra ubicado en ---------- , Municipio de Almoloya de Juárez con el objeto de realizar la inspección en el establecimiento con giro de "----------" con la finalidad de prevenir y controlar la posibilidad de cualquier riesgo sanitario, y a efecto de cumplir con las medidas de salud e higiene, conforme a lo establecido en el Bando Municipal, en su Sección II de la Salud, Artículo 108 Frac. I, II, III, IV, VI y VII; Artículo 109 Frac. I y Sección III, Artículo 110y de las demás que deriven en la misma para control sanitario.

Emitiendo la presente Opinión Técnica Satisfactoria, en cuanto a medidas de salud e higiene para el funcionamiento del establecimiento, "Nombre del establecimiento"

ATENTAMENTE

DR. NARCISO FUENTES MEDINA

DIRECTOR DE SALUD

c.c.p. archivo