

FICHA DE INSPECCIÓN O VISITA DOMICILIARIA

Verificación

VERIFICACIÓN SANITARIA

Fecha de generación: 12/10/2025

Modalidad: No aplica

Información general:

Homoclave: CLAVE6

Sujeto obligado responsable de la aplicación: COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Unidad administrativa responsable: COEPRIST - COORDINACIÓN CIS

Objetivo de la inspección, visita o verificación:

ESTABLECER VIGILANCIA SANITARIA

Especificar qué motiva la inspección, verificación o visita domiciliaria:

Modalidades de Suspensión este campo de inspecciones:

Justificar el Motivo de la Suspensión:

A quien se dirige la inspección o visita:

Sector Económico de mayor incidencia:

Subsector Económico de mayor incidencia:

Periodicidad con la que se realiza: Semanal

Información jurídica:

Fundamento jurídico de la existencia de la inspección verificación o visita domiciliaria:

Derechos del sujeto regulado:

Obligaciones que debe cumplir el sujeto regulado:

PERMITIR SE REALICE LA DILIGENCIA CONFORME HORARIO ESTABLECIDO.

Sanciones que pudieran derivar de la inspección, verificación o visita domiciliaria:

Regulaciones que debe cumplir el sujeto regulado:

Requisitos o documentos que necesita presentar el particular:

AVISO DE FUNCIONAMIENTO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

ART 45, 47 ÚLTIMO PÁRRAFO, 200 BIS DE LEY GENERAL DE SALUD

ORIGINAL

AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

DATOS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE

ART 45, 47 ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, ART. 18 DEL RLGSMPSAM

ORIGINAL

Especificar si el inspeccionado debe llenar o firmar algún formato para la inspección, verificación o visita domiciliaria. En su caso, brindar el formato correspondiente:

Sin formato registrado

Bien, elemento o sujeto de la inspección, verificación o visita domiciliaria:

¿Cómo se realiza?

¿Se avisa o comunica con antelación al Sujeto Regulado?

Pasos a realizar durante la inspección, verificación o visita domiciliaria:

1. Nombre del Paso

PRESENTACIÓN DE DE ORDEN DE VERIFICACIÓN CON DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

PRESENTACIÓN DE LA CREDENCIAL OFICIAL DEL VERIFICADOR VIGENTE

SE DESIGNEN TESTIGOS DE ASISTENCIA, POR PARTE DEL PROPIETARIO DE LO CONTRARIO LO DESIGNA EL VERIFICADOR.

SE PROCEDE A REALIZAR LA VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA

PREVIO AL CIERRE DEL ACTA POR ESCRITO EL PROPIETARIO RESPONSABLE U OCUPANTE MANIFIESTA LO QUE A SU DERECHO CONVENGA

SE DA LECTURA AL ACTA Y POSTERIORMENTE FIRMAN TODOS LOS QUE INTERVIENEN EN ELLA

SE ENTREGA COPIA AL USUARIO

1. Condicionantes del paso

QUE DURANTE EL DESARROLLO DE LA DILIGENCIA ALGÚN TESTIGO SE RETIRE Y NO LA FIRME, O SE NIEGUE A FIRMAR.

Tiempo aproximado de inspección, verificación o visita domiciliaria:

Personal autorizado:

- [Abel Mario Rosas Villalobos](#)

Protesta ciudadana:

- Nombre: COMISIONADO ESTATAL, DIRECTOR DE OPERACIÓN SANITARIA Y GERENTES REGIONALES I TLAXCALA, II HUAMANTLA, III APIZACO.

Telefono: 0

Correo electronico: coeprist.operacion.sanitaria@saludtlax.gob.mx

Rol: Protesta

- Nombre: C. PILAR CASTILLO COSME

Telefono: 0

Correo electronico: operacion.sanitaria.alertas@gmail.com

Rol: Protesta

Estadísticas del servicio:

Número de inspecciones o visitas realizadas el año anterior: 103 Inspecciones

Número de sanciones emitidas el año anterior: 0 Sancionados

Trámite(s) relacionado(s) con la inspección o visita domiciliaria:

- [solicitud de expedición de licencia sanitaria para establecimiento de insumos para la salud, Farmacia o botica \(con venta de medicamentos controlados\)](#)
- [solicitud de licencia para establecimiento de plaguicida, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas. Para servicios urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas.](#)

Números telefónicos, dirección y correo electrónico de las autoridades

competentes:

Número Telefónico:

Dirección: Num.ext: C.P. ; ,

Correo electrónico: