
VERIFICACIÓN POR CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

HECELCHAKAN, CAMPECHE A ____ DE _____ DE 20__

ORDEN NÚMERO: _____

PROPIETARIO:

ESTABLECIMIENTO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 4º PÁRRAFO TERCERO, 14, 16 Y 73 FRACCIÓN XVI DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 6, 8 Y 128 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE CAMPECHE; 9 Y 26 FRACCIÓN VII DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE; 614, 617, 618, 619, 620, 621 Y 622 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE, Y CONSIDERANDO QUE LA LEGISLACIÓN ES DE ORDEN E INTERÉS PÚBLICO, SE EXPIDE LA PRESENTE ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA DE TIPO ORDINARIA PARA SER PRACTICADA EN ESE ESTABLECIMIENTO POR LOS VERIFICADORES:

CUYA VISITA TIENE EL SIGUIENTE OBJETO Y ALCANCE: **VERIFICACION POR CONTAMINACIÓN AMBIENTAL.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 620 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE, DEBERÁ DARLE TODO GÉNERO DE FACILIDADES E INFORMES A LOS VERIFICADORES DESIGNADOS RELACIONADOS CON LA VERIFICACIÓN Y SU OBJETO, ASÍ COMO PERMITIR EL ACCESO A LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO O DOMICILIO SEÑALADO EN LÍNEAS ARRIBA. SÓLO PODRÁ NEGARSE EL ACCESO CUANDO LOS VERIFICADORES NO SE IDENTIFIQUE CON LAS CREDENCIALES, ÉSTA ORDEN O LA CREDENCIAL NO OSTENTEN LA FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE O POR PRESENTARSE PERSONAL NO MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO.

SI LOS VERIFICADORES SANITARIOS ADVIERTEN VIOLACIONES A LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE PONGAN EN PELIGRO INMINENTE LA SALUD DE LAS PERSONAS, QUEDA FACULTADO PARA EJECUTAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PREVENTIVAS PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 623, 624, 631, 632, Y 633 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE.

PARA CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN POR FAVOR LLAMAR A LA DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL DE H. AYUNTAMIENTO DE HECELCHAKÁN, A LOS TELÉFONOS 82 7 01 46.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION

C.D. RAUL CIMA EUAN
DIRECTOR DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD

EL C. _____ HACIENDO USO DEL DERECHO QUE LE CONFIERE AL
ARTÍCULO 622 INCISO IV DE LA LEY ESTATAL DE SALUD, MANIFESTÓ.

NO HABIENDO MÁS HECHOS QUE CONSTAR, SE DA POR TERMINADA LA VISITA DE VERIFICACIÓN
SIENDO LAS _____ HORAS CON _____ MIN, DEL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO 20____
LEVANTÁNDOSE LA PRESENTE ACTA, QUE PREVIA LECTURA Y RATIFICACIÓN DE SU CONTENIDO, LA
FIRMA QUIENES EN ELLA INTERVINIERON, DEJÁNDOSE COPIA DE LA MISMA EN PODER DEL INTERESADO
PARA LOS FINES LEGALES A QUE HAYA LUGAR.

EL PROPIETARIO, ENCARGADO U OCUPANTE

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA