



LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS TIENEN COMO OBJETO SUPERVISAR QUE EL SERVIDOR PÚBLICO QUE REALIZÓ LA VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA, HAYA DADO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 269 Y 275 DE LA LEY ESTATAL DE SALUD Y DEMAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

## ENCUESTA EN LAS VISITAS DE VERIFICACIÓN SANITARIAS

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2022

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL O LOS VERIFICADORES: \_\_\_\_\_

1. ¿Los verificadores se identificaron plenamente con credencial vigente?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
2. ¿Le hicieron saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la Orden de verificación sanitaria y le fue entregada copia de la misma?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
3. ¿Considera usted que el verificador revisó exclusivamente lo establecido en la orden de verificación?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
4. ¿Al momento de concluir la visita de verificación, previo a la firma del acta de verificación sanitaria, se llevó a cabo la lectura de la misma?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
5. ¿Se hizo de su conocimiento que podría dejar asentado en el acta lo que a su derecho convenga?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
6. ¿Firmó usted el acta de visita de verificación sanitaria y le fue entregada copia de la misma?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
7. ¿Observó que alguno de los verificadores insinuó en algún momento un acto de corrupción?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS TIENEN COMO OBJETO SUPERVISAR QUE EL SERVIDOR PÚBLICO QUE REALIZÓ LA VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA, HAYA DADO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 269 Y 275 DE LA LEY ESTATAL DE SALUD Y DEMAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

8. ¿En qué medida considera transparente la actuación de los verificadores, durante todo el proceso de la visita de verificación sanitaria?

 Bueno   Regular   Malo

9. ¿Cómo valoraría el trato recibido por los verificadores?

 Bueno   Regular   Malo

**REGUNTAS INFORMATIVAS.**

A.- ¿Conoce usted la norma sanitaria para el funcionamiento de su establecimiento?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

B.- ¿Se aplicó alguna medida de seguridad sanitaria a su establecimiento y/o productos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual fue? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

C.- ¿Existió aseguramiento de producto, ¿cuántas muestras obtuvo el verificador?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

D.- ¿De las muestras tomadas por el verificador cuantas se le proporcionaron a usted?

\_\_\_\_\_

Comentarios o sugerencias por parte del auditor de la SEFIRC

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del encuestado

Gracias por su participación

\*NOTA IMPORTANTE: LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL CIUDADANO ENCUESTADO SERÁN CONFIDENCIALES Y SERVIRÁN EXCLUSIVAMENTE COMO RESULTADO PARA LA CALIDAD DEL SERVICIO.