

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD E INOCUIDAD AGROALIMENTARIA (SENASA)

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INOCUIDAD AGROALIMENTARIA (SGIA)

FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS ELABORADORES DE PRODUCTOS UTILIZADOS EN ALIMENTACIÓN ANIMAL (PROTEÍNAS ANIMALES PROCESADAS Y PRODUCTOS DERIVADOS)

AÑO 2020

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del país:  | CHILE |
| Nombre de la autoridad competente: | SERVICIO NACIONAL DE PESCA Y ACUICULTURA |
| Nombre de la persona responsable o punto de contacto por parte de la autoridad competente:  | HECTOR ESCOBAR CANDIA |
| Teléfono:  | 56 32 2819202 |
| Correo electrónico:  | hescobar@sernapesca.cl; privaso@sernapesca.cl |

1. **DEL ESTABLECIMIENTO:**
	1. **IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN:**

|  |
| --- |
| Nombre:  |
| Número de registro de establecimiento:  |
| Dirección física: |
| Departamento/estado:  | Municipio/provincia:  |
| N.º teléfono: | Página web: |
| Coordenadas de acuerdo a sistema G.P.S. (UTM) | X= | Y= |
| Cantidad de empleados | Hombres: | Mujeres: |

* 1. **CONTACTO 1:**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Cargo: |
| N.º teléfono: |  N.º celular: |
| Correo electrónico: |

* 1. **CONTACTO 2:**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Cargo: |
| N.º teléfono: |  N.º celular: |
| Correo electrónico: |

* 1. Adjuntar un croquis o mapa legible de las instalaciones de la planta en el que se detallen las áreas, el flujo de producto y el flujo del personal, entre otros.
	2. Adjuntar copia digital de la autorización o aprobación de funcionamiento otorgada por la autoridad competente al establecimiento.
	3. **RESPONSABLE TÉCNICO O REGENTE (Si aplica)**

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Profesión: |
| N.º teléfono: |  N.º celular: |
| Correo electrónico: |

1. **DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO**
	1. Pegue o adjunte la estructura organizacional del establecimiento (organigrama) con la descripción de funciones de cada uno.
	2. Complete el siguiente cuadro relacionado con la estructura organizacional de establecimiento

| **Tipo de personal** | **Cantidad de personas** | **Describir las jornada y turnos laborales** |
| --- | --- | --- |
| Administración |  |  |
| Inocuidad |  |
| Calidad |  |
| Producción |  |
| Aseo y limpieza |  |
| Mantenimiento |  |
| Laboratorio |  |
| Comercialización |  |
| Otro |  |
| Otro |  |

* 1. Personal en el establecimiento que labora en temas relacionadas con inocuidad agroalimentaria. (inserte todos los cuadros que requiera)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Profesión: |
| Cargo: | Años de experiencia: |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| Capacitación recibida en temas de inocuidad: |

1. **DEL PRODUCTO:**
	1. Completar una ficha por cada producto a exportar a honduras (inserte todas las filas que requiera)

| **Nombre del producto** | **Ficha por cada producto** (llenar esta ficha por cada producto interesado en exportar a Honduras) |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **IMPORTADORES EN HONDURAS**
	1. Listado completo de clientes o adquirientes en honduras (inserte todas las filas que requiera o adjunte hoja con los datos solicitados):

| **Nombre del cliente o adquiriente (importador)** | **Producto(s) adquirido(s)** | **Cantidad anual exportada o presumible a exportar (en kg)** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DE LOS EQUIPOS**
	1. Identificación de los equipos y estado de mantención (considerar solamente equipos que están en contacto directo con el producto y equipos donde exista puntos críticos de control, siguiendo el flujo de proceso):

| **Nombre y tipo de equipo (1)** | Cantidad | **Capacidad****(kg)** | **Estado del equipo** (marque con x) | **Descripción del funcionamiento del equipo (2)** | **No. Poe (3)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Malo** | **Regular** | **Bueno** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Pilas de recibo, tolvas, imanes, trituradora, molinos, prensa, cocinador, secador, enfriador, aplicador de aditivos, ensacador y cualquier otro equipo utilizado.
2. Describa detalladamente el funcionamiento del equipo, detalle tiempos y temperaturas utilizados en el mismo cuando aplique.
3. Colocar el número del programa operativo estandarizado de saneamiento correspondiente al equipo.
4. **DE LOS PROGRAMAS PREREQUISITOS**
	1. Liste todos los programas, manuales, instructivos y cualquier documento que se encuentra implementado

| **Requerimiento (1)** | **Descripción y objetivo del del documento (2)** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Manual de Buenas Prácticas de Manufactura, de mantenimiento de las instalaciones, equipos y utensilios, de calibración, de control de plagas, de trazabilidad, de retiro de producto, de control del agua de proceso, de control de proveedores, salud ocupacional, de capacitación, de control de materias primas, de control de producto terminado, de higiene personal, etc.
2. Describa los objetivos y el alcance del documento, relate puntualmente la descripción y aplicación del mismo.
3. **DEL LABORATORIO INTERNO O CONTRATADO**
	1. Llenar el cuadro siguiente relacionado con los análisis internos o de laboratorios externos contratados para llevar a cabo análisis de la leche y los productos lácteos referente a los análisis organolépticos, agua, hisopados, programas de patógenos y contaminantes.

|  |  |
| --- | --- |
| Listado de equipos | 1. ….
 |
| Análisis que realizan | 1. …
 |
| Personal y su profesión | 1. .
2. …
 |

* 1. Aporte copia de los últimos resultados de los análisis realizados descritos en el inciso 8.1.

**declaración del PROPIETARIO O REPRESENTANTE legal DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |
| --- |
| **DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ PROPORCIONADOS SON FIDEDIGNOS Y CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA PARA ESTE ESTABLECIMIENTO.** |
| NOMBRE Y FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROPIETARIO/REPRESENTANTE/GERENTE/JEFE | SELLO |

**declaración del INSPECTOR, SUPERVISOR O ENCARGADO OFICIAL DE LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAIS DE ORIGEN**

|  |
| --- |
| **DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ PROPORCIONADOS FUERON VERIFICADOS, SON FIDEDIGNOS Y CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA PARA ESTE ESTABLECIMIENTO.** |
| NOMBRE Y FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL INSPECTOR, SUPERVISOR O ENCARGADO OFICIAL | SELLO |