

REGIÓN : _____

PAUTA N°: _____

FECHA : _____

PAUTA SUPERVISIÓN A LA EVALUACIÓN SENSORIAL

| | |
|-------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN GENERAL | |
| Nombre del funcionario Sernapesca | |
| Fecha | |
| Lugar | |
| Hora de muestreo y evaluación | |
| Hora de término | |
| N° del acta de evaluación sensorial | |

| | |
|------------------------------|--|
| ENTIDAD | |
| Identificación de la entidad | |
| Nombre del Muestreador | |

| TRANSPORTE | Si | No |
|---|----|----|
| Medios terrestres. El muestreador verifica: | | |

SERNAPESCA

| | | |
|--|--|--|
| La presencia de sistema de refrigeración | | |
| El adecuado estado higiénico | | |
| Contenedores (cajas). El muestreador verifica que son: | | |
| De primer uso | | |
| Resistentes | | |
| Aislantes | | |
| Correctamente rotuladas | | |

| EQUIPOS Y MATERIALES DEL MUESTREADOR | Si | No |
|--------------------------------------|----|----|
| Delantal blanco | | |
| Mascarilla | | |
| Guantes estériles | | |
| Termómetro | | |

| PROCEDIMIENTO | Si | No |
|--|----|----|
| Obtención de muestras al azar | | |
| Estándares de calidad inspeccionados en su totalidad | | |

SERNAPESCA

OTRAS OBSERVACIONES

Firma Funcionario Sernapesca: _____