

REGISTRO SANITARIO - EMPRESAS DEL RUBRO ALIMENTICIO

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DOCUMENTAL (IMPORTADORAS)

NOMBRE DE LA EMPRESA/NIT:

Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	Inclusión de Productos <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------	---

EVALUACIÓN DOCUMENTAL

1ª REVISIÓN EN FECHA:

Nº Productos Solicitados	<input type="text"/>	Multa o sanción
Nº Productos con respaldos Sanitarios correctos	<input type="text"/>	Monto:
<input type="checkbox"/> Cumple		<input type="checkbox"/> No Cumple

Describir las falencias en caso de: NO CUMPLE

Coordinación con la Empresa	en Fecha:
-----------------------------	-----------

_____ Firma (Funcionario del SENASAG)	_____ Firma del Responsable de la Empresa
Nombre: C.I.	Nombre: C.I.

Documentos/ pagos completados por la empresa en fecha:

2ª REVISIÓN EN FECHA

Describir las falencias en caso de: NO CUMPLE o COORDINAR CON LA EMPRESA LA INSPECCIÓN

<input type="checkbox"/> Cumple	<input type="checkbox"/> No Cumple
---------------------------------	------------------------------------

DESIGNACIÓN INSPECCIÓN	en Fecha:
------------------------	-----------

Inspector Designado:	FIRMA INSPECTOR:
----------------------	------------------

Fecha planificada	de	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <th style="width:25%">DÍA</th> <th style="width:25%">MES</th> <th style="width:25%">AÑO</th> <th style="width:25%">HORA</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	HORA				
DÍA	MES	AÑO	HORA							
Inspección										

REGISTRO SANITARIO – EMPRESAS DEL RUBRO ALIMENTICIO											
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DOCUMENTAL (Procesadoras, Fraccionadoras y Cámaras)											
NOMBRE DE LA EMPRESA/NIT:											
Nuevo <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inclusión de Productos									
EVALUACIÓN DOCUMENTAL											
1ª REVISIÓN EN FECHA:											
Nº Productos Solicitados <input style="width: 80px;" type="text"/>	Multa o sanción										
Monto:											
<input type="checkbox"/> Cumple	<input type="checkbox"/> No Cumple										
Describir las falencias en caso de: NO CUMPLE											
Coordinación con la Empresa		en Fecha:									
_____ Firma (Funcionario del SENASAG)	_____ Firma del Responsable de la Empresa										
Nombre:	Nombre:										
C.I.	C.I.										
Documentos/ pagos completados por la empresa en fecha:											
2ª REVISIÓN EN FECHA											
Describir las falencias en caso de: NO CUMPLE o COORDINAR CON LA EMPRESA LA INSPECCIÓN											
<input type="checkbox"/> Cumple	<input type="checkbox"/> No Cumple										
DESIGNACIÓN INSPECCIÓN		en Fecha:									
Inspector Designado:		Firma Inspector:									
Fecha planificada	de	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #d9d9d9;"> <th style="padding: 5px;">DÍA</th> <th style="padding: 5px;">MES</th> <th style="padding: 5px;">AÑO</th> <th style="padding: 5px;">HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO	HORA				
DÍA	MES	AÑO	HORA								
Inspección											