|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| logonew | **DIRECCIÓN CUARENTENA ANIMAL** | **Rige a partir de:**30/03/2016 | **Código:**DCA-PG-002-RE-034 |
| INFORMACIÓN GENERAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS INTERESADOS EN EXPORTAR PRODUCTOS, SUBPRODUCTOS O DERIVADOS DE ORIGEN ANIMAL A COSTA RICA PARA CONSUMO HUMANO | **Versión**  03 | Página **1** de **4** |
| **Elaborado por:**Equipo Técnico DCA/DIPOA | **Revisado por:**Área de Gestión de Calidad DCA | **Aprobado por:**Director Cuarentena Animal |

**Cuestionario Preliminar**

Información general de los establecimientos interesados en exportar productos, subproductos o derivados de origen animal a costa rica PARA CONSUMO HUMANO

|  |
| --- |
| **Consideración para la Autoridad Competente** |
| **Este cuestionario debe ser completado y enviado a la Dirección General del SENASA-Costa Rica**  |
|  |
| Dirección: | Barreal de Heredia Costa Rica de Jardines del Recuerdo 1KM al oeste y 400 metros al Norte en el Campus Universitario Benjamin Nuñez Apartado 3-3006 Cenada / Central Telefónica 2587-1600 |
| E-mail: | bernardo.jaen@senasa.go.cr |
| * *El informe debe presentarse en idioma español.*
 |

|  |
| --- |
| **ACLARACIÓN*** Este documento aplica para los establecimientos que actualmente deseen exportar o que ya se encuentren autorizados para la exportación a Costa Rica.

***Nota:*** *Este cuestionario aplica para los productos, subproductos o derivados de origen animal destinados para el consumo humano.* |

**ABREVIATURAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **APPCC/HACCP** | Análisis de Peligro y Puntos Críticos de Control |
| **Ej.** | Ejemplo  |
| **SENASA** | Servicio Nacional de Salud Animal |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **IDENTIFICACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del país: New Zealand/ Nueva Zelanda** | **Nombre de la Autoridad Competente:****Ministry for Primary Industries (MPI)/ Ministerio para Industrias Primarias (MPI)** |
| **Nombre de la persona responsable o punto de contacto por parte de la Autoridad Competente:****Monica Martinez-Sanchez****Teléfono:** **+644 894 0883****Correo electrónico: monica.martinez-sanchez@mpi.govt.nz** |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Establecimiento:** | **Número de autorización del establecimiento:** |
| **Provincia / Estado / Departamento:** |
| **Dirección Exacta:**  |
| **Teléfono (código de área):** | **Teléfono Fax (código de área)** |
| **Nombre de la persona responsable o punto de contacto en el establecimiento:****Teléfono:****Correo electrónico:** |

1. **ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Gerente o Representante Legal:** | **Teléfono Gerencia:** **Correo Electrónico:** |
| **Tipo de personal** | **Cantidad (personas)** | **Jornada y turnos laborales (describir):** |
| **Administrativo** |  |
| **Gestión de calidad/Inocuidad** |  |
| **Jefaturas de Producción** |  |
| **Operativo/ Proceso** |  |
| **Aseo y Limpieza** |  |
| **Mantenimiento** |  |

1. **INSPECCIÓN SANITARIA**

|  |
| --- |
| **La Autoridad Competente cuenta con personal de inspección destacado permanentemente en el establecimiento:** **( ) Si ( ) No** |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL DE INSPECCIÓN DESTACADO PERMANENTEMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO*****(Cuando no aplique coloque “N.A.”)*** | **Oficial** | **Oficializado** | **Privado** |
| **Cantidad** | **Horario** | **Cantidad** | **Horario** | **Cantidad** | **Horario** |
| **Médico Veterinario** |  |  |  |  |  |  |
| **Técnico Inspector** |  |  |  |  |  |  |
| **Otro (especifique):** |  |  |  |  |  |  |
| ***Oficial:*** *Esta figura aplica cuando el personal es pagado directamente por la Autoridad Competente.****Oficializado:*** *Esta figura aplica cuando el personal es pagado por una tercera instancia, siendo esta no la Autoridad Competente ni el establecimiento. Ejemplo: convenios con OIRSA u otros.****Privados:*** *Esta figura aplica cuando el personal es pagado directamente por el establecimiento.* |
| **Nombre del personal destacado permanentemente en el establecimiento:****Correo Electrónico:****N° teléfono:** |
| **¿El establecimiento recibe visitas por parte de la Autoridad Competente Central o Regional?** **( ) Si ( ) No****Anote con qué frecuencia se realizan las visitas al año (tomando como base los datos del último año):****Indique el tipo de personal que realiza las visitas:****( ) Médico Veterinario ( ) Técnico inspector ( ) Otro (Especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Indique el o los nombres del personal oficial que realiza las visitas (tomando como base los datos del último año):** |

1. **PRODUCCIÓN.**
2. **Marque con una “X” las actividades realizadas en el establecimiento, según autorizaciones emitidas por la Autoridad Competente:**

***Nota: Puede agregar líneas de ser necesario***

|  |
| --- |
| **ACTIVIDAD** |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de bovinos |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de porcinos |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de equinos |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de aves |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de terneros y pequeños rumiantes |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de canales de conejo |
|  | Sacrificio y procesamiento de canales de especies silvestres autorizadas |
|  | Procesamiento y conservación de subproductos comestibles |
|  | Despiece, deshuese y empaque de bovinos |
|  | Despiece, deshuese y empaque de porcinos |
|  | Despiece, deshuese y empaque de equinos |
|  | Despiece, deshuese y empaque de aves |
|  | Despiece, deshuese, empaque y conservación de terneros y pequeños rumiantes |
|  | Despiece, deshuese y empaque de conejo |
|  | Despiece, deshuese y empaque de especies silvestres autorizadas |
|  | Elaboración de carne y/o productos cárnicos procesados crudos |
|  | Elaboración de embutidos cocidos y/o otros productos cárnicos listos para consumo |
|  | Elaboración artesanal de productos lácteos |
|  | Elaboración industrial de productos lácteos |
|  | Procesamiento y conservación de productos de la acuicultura |
|  | Procesamiento y conservación de la pesca de origen salvaje (especies comerciales) |
|  | Almacenamiento de carnes y productos cárnicos (almacenes frigoríficos) |
|  | Almacenamiento de productos pesqueros (almacenes frigoríficos) |
|  | Almacenamiento de productos lácteos |
|  | Almacenamiento de alimentos de origen animal envasados o procesados (no refrigerados) |
|  | Procesamiento de miel y productos apícolas (polen, propóleo, jalea real) |
|  | Producción de huevo de consumo |
|  | Alimentos con contenido mínimo de origen animal |

1. **Por favor proceda a completar la siguiente tabla:**

****

1. **Adjunte copia escaneada de la autorización otorgada por la Autoridad Competente al establecimiento.**
2. **INFORMACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL ESTABLECIMIENTO**
	1. Adjunte un croquis del establecimiento o un mapa de las instalaciones de la planta, en el cual se detalle áreas, flujo de producto, flujo del personal, entre otros. El documento adjuntado debe ser legible.
	2. ¿El producto final sujeto a exportación a Costa Rica se almacena en el propio establecimiento o se utilizan almacenes externos a la planta? En caso de que se utilicen almacenes externos, detalle el nombre y el número de autorización asignado por la autoridad competente.
3. **PAISES PARA LOS CUÁLES SE CUENTA CON APROBACIÓN PARA EXPORTAR PRODUCTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | **6.** |  |
| **2.** |  | **7.** |  |
| **3.** |  | **8.** |  |
| **4.** |  | **9.** |  |
| **5.** |  | **10.** |  |

*Nota: puede agregar líneas*

1. **MATERIA PRIMA IMPORTADA DE ORIGEN ANIMAL**

**ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE MATERIA PRIMA UTILIZADA PARA LA ELABORACIÓN DE LOS PRODUCTOS A EXPORTAR A COSTA RICA (plantas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del establecimiento** | **Número de autorización (otorgado por la Autoridad competente)** | **Producto y especie animal** | **País de origen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Nota:*** *puede agregar líneas*

1. **REQUISITOS PREVIOS O PRERREQUISITOS**

**Marque con una “X” si el establecimiento cuenta con procedimientos escritos e implementados, de los siguientes requisitos sanitarios:**

|  |  |
| --- | --- |
| **“X”** | **Lista de Requisitos Previos o Prerrequisitos** |
|  | Diseño y construcción de los establecimientos. |
|  | Suministro de agua, hielo y vapor. |
|  | Iluminación, ventilación. |
|  | Diseño y construcción de los equipos y utensilios. |
|  | Control metrológico (termómetros, romanas, etc.). |
|  | Programa de mantenimiento de las instalaciones, equipos y utensilios. |
|  | Programa de control de la higiene (programa de limpieza y desinfección). |
|  | Control de las operaciones (procedimientos y condiciones de proceso y de almacenamiento). |
|  | Sistema de control de plagas. |
|  | Gestión de desechos (líquidos y sólidos). |
|  | Transporte.  |
|  | Trazabilidad  |
|  | Programa de recuperación y retiro de productos, que contemple simulacros de retiro de los productos. |
|  | Higiene, conducta y salud del personal  |
|  | Capacitación del personal. *Por favor proceda a completar la siguiente tabla*: |
|  | Control de proveedores y materias primas (cárnicas, no cárnicas, material de empaque, entre otros). |
|  | Programa de control y manejo de aditivos. *Por favor proceda a completar la siguiente tabla:* |
|  | Etiquetado de productos  |
|  | Programa de Bienestar animal |
|  | Otros (especifique): |

1. **ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS CRITICOS DE CONTROL (APPCC/HACCP)**

**Si el establecimiento cuenta con un plan APPCC/HACCP, marque con una “X” los aspectos que se contemplan de acuerdo a los siguientes puntos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **“X”** | **Requisitos del Plan APPCC/HACCP** |
|  | Un equipo multidisciplinario de APPCC/HACCP |
|  | Descripción del producto y los métodos de producción |
|  | Identificación del uso esperado y los posibles consumidores del alimento |
|  | Diagrama de flujo |
|  | Descripción de las etapas establecidas en el diagrama de flujo  |
|  | Análisis de peligros y medidas de control |
|  | Determinación de los puntos críticos de control (PCC) |
|  | Establecimiento de límites críticos para los puntos críticos de control  |
|  | Validación de límites críticos de control |
|  | Establecimiento de un sistema de vigilancia (monitoreo) de los puntos críticos de control |
|  | Establecimiento de acciones correctivas para cada punto crítico de control |
|  | Establecimiento de Procedimientos de comprobación y verificación |
|  | Establecimiento de un Sistema de registro y documentación |
|  | Otros (especifique): |

1. **ADJUNTE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PRODUCTOS A EXPORTAR A COSTA RICA.**
2. **ADJUNTE LA HOJA DE TRABAJO DE CADA PUNTO CRÍTICO DE CONTROL, EN DONDE SE DETALLE LO SIGUIENTE: *Etapa, peligro, límite crítico, monitoreo, acciones correctivas, verificación y registros.***
3. **PRUEBAS DE LABORATORIO**

**Marque con una “X” los tipos de programas de muestreo que se ejecutan en el establecimiento (interno de la empresa u oficial) y complete las tablas anexas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **“X”** | **Tipo de Programa de muestreo** |
|  | Cronograma de toma de muestras propio o interno de la empresa*Complete la siguiente tabla:*  |
|  | Cronograma de toma de muestras Oficial, ejecutado por la Autoridad Competente *Complete la siguiente tabla:*  |

1. **Requisitos específicos por tipo de productos y clasificación de establecimientos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de establecimiento** | **Requisitos específicos en tabla adjunta** |
| Establecimientos dedicados al recibo, preparación, elaboración, transformación, envasado, almacenamiento, transporte de productos pesqueros y de acuicultura. |  |
| Establecimientos dedicados al sacrificio, deshuese, empaque, almacenamiento, ytransporte de carnes de origen bovina, caprina, equina, ovina, porcina y otras autorizadas. |  |
| Establecimientos dedicados al sacrificio, despiece, deshuese, empaque, almacenamiento, y transporte de carnes de origen aviar. |  |
| Establecimientos dedicados al proceso, la elaboración, empaque, almacenamiento y distribución, de productos cárnicos procesados y semiprocesados, de origen aviar, porcino, bovino, caprino, ovino, equino y otras especies autorizadas. |  |
| Establecimientos dedicados al proceso, la elaboración, empaque, almacenamiento y transporte de productos lácteos. |  |
| Establecimientos dedicados al proceso, la elaboración, empaque y almacenamiento de miel de abeja. |  |

|  |
| --- |
| ***El representante del establecimiento ha suministrado la información requerida por las Autoridades Sanitarias del SENASA del Ministerio de Agricultura y Ganadería de Costa Rica; con el objetivo de conocer el proceso y controles sanitarios aplicados durante la elaboración de los productos, subproductos y derivados de origen animal para consumo humano. La misma ha sido verificada por la Autoridad Competente del país socio comercial y su veracidad podrá ser verificada por personal del SENASA-Costa Rica.*** |

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

**Nombre y firma del Representante del Establecimiento Nombre y firma de Autoridad Competente**

 **Sello (AUTORIDAD COMPETENTE)**