

FORMATO 2: DICTAMEN DE ACCIONES CORRECTIVAS

Personal Física o Moral: _____
Nombre de la unidad de producción o embarcación menor: _____
Especie (s): _____
Municipio y estado: _____
Fecha de evaluación: dd/mm/aaaa

Numeral <i>(conforme al Manual de referencia)</i>	Observación <i>(descripción del motivo por el cual el numeral citado se dictamina como no conformidad)</i>	Acción correctiva <i>(descripción breve de la medida implementada para solventar la no conformidad)</i>	Tipo de evidencia documental para solventar el No conformidad¹ <i>(deberá anexas la evidencia en formato digital USB o CD)</i>	Cumple/No Cumple <i>(apartado exclusivo para el PSRRC, TEA o Personal Oficial, en caso de no cumplir describir el motivo)</i>
<i>Ejem.: Documentación para revisión en sitio</i>	<i>Ejem.: existe evidencia del registro de trazabilidad de producto que incluya listado de clientes</i>	<i>Ejem.: Se llevará a cabo el registro de entradas y salida de organismos que incluya datos generales del vendedor/comprador</i>	Anexo 1. Información documental que incluya copia de los registros correspondientes.	
<i>Ejem.: 12</i>	<i>Ejem.: No se cuenta con los análisis del personal que realiza labores de cosecha y/o eviscerado.</i>	<i>Ejem.: el personal encargado de realizar esas actividades se realizará los análisis en un laboratorio y se llevará a cabo la interpretación médica correspondiente.</i>	Anexo 2. a) Análisis coproparasitológico b) Reacciones febriles c) Exudado faríngeo d) Interpretación médica y en caso necesario evidencia del tratamiento médico.	

Nota¹: La información que presente la persona física o moral deberá evidenciar con claridad y suficiencia técnica la solventación de la totalidad de las observaciones, presentando para cada uno de ellas la evidencia correspondiente en formato digital, conforme al siguiente ejemplo:

Evidencia en formato digital:

(Ejemplo) Anexo 1. Análisis de laboratorio de.....

(Ejemplo) Anexo 2. Análisis de laboratorio del personal: a) exudado faríngeo b) reacciones febriles c) coproparasitológico y d) interpretación médica

NOTA: El presente formato entra en vigor a partir del 15 de mayo de 2019. Todos los campos son obligatorios.

DICTAMEN DE ACCIONES CORRECTIVAS		Uso exclusivo PSRRC, TEA o Personal Oficial : SI () NO ()
Las acciones correctivas presentadas atienden las no conformidades identificadas durante la evaluación		
NOTA: En caso de que el dictamen emitido sea NO , la empresa deberá iniciar nuevamente el proceso de certificación en Buenas Prácticas Acuícolas y Pesqueras conforme a lo establecido en el Manual de referencia y al Procedimiento de Certificación del SENASICA.		
Nombre y firma de la persona física o representante legal de la persona moral: Fecha(dd/mm/aaaa): _____	Nombre, clave y firma del personal autorizado y/o personal oficial del SENASICA: <i>Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos y la información contenida en el presente documento, así como los que se adjuntan son verídicos.</i> Clave: _____ Fecha de dictamen (dd/mm/aaaa): _____	

NOTA: Todos los campos del formato son obligatorios, de faltar información su solicitud no será procedente.