

REGISTRO SANITARIO DE EMPRESAS DEL RUBRO ALIMENTICIO				
FORMULARIO DE RECEPCIÓN				
NOMBRE DE LA EMPRESA/NIT:				
N°	REQUISITOS DOCUMENTALES	Nuevo	Renovación	Modificación del Registro
1	Carta de Solicitud (1 Original, 1 Copia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Formulario de Solicitud (1 Original, 1 Copia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fotocopias de los Respaldos Sanitarios, emitidos en Origen (2 fotocopias por cada producto solicitado).	N°: ....	N°: .....	N°: .....
4	Documentos de aprobación de las etiquetas (1 Fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	NIT (2 Fotocopias del Certificado de inscripción del Contribuyente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Croquis de ubicación de la empresa o del Almacén o del matadero (2 copias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Croquis de distribución de la empresa/ almacenes / matadero (2 copia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Flujograma del proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Copia del certificado sanitario cuyo producto se envasen y/o fraccionen o documento que indique el origen de la materia prima)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Memoria descriptiva del tratamiento de agua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FORMULARIO DE LIQUIDACION DE PAGO</b>				
11	Formulario de Liquidación de pago y respaldo correspondiente al pago realizado en la entidad bancaria (3 Fotocopias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COMPLETO		<input type="checkbox"/> INCOMPLETO		
El expediente ingresa, fecha:		El expediente es devuelto, fecha:		
<b>Observaciones en caso de devolución de expediente:</b>				
Firma (Funcionario del SENASAG)		Firma del Responsable de la Empresa		
Nombre: _____ C.I. _____		Nombre: _____ C.I. _____		

**NOTA:** Para importadoras llenar del 1 al 7. Fraccionadoras llenar del 1 al 9. Para procesadoras del 1 al 10. Para cámaras frigoríficas y cámaras de maduración de frutas: 1, 2, 5, 6, 7, 8, y 9

En todos los casos marcar el punto 11 luego de su presentación

**ACLARACIÓN:** Ingresado el Expediente, el responsable de la empresa debe pasar por el Área de Inocuidad Alimentaria, para conocer los resultados de la Evaluación de los documentos presentados en la fecha que se le asigne.