Formulario de Solicitud de Auditoría FSMA

Complete este formulario y envíelo por mail a LSQA. Una vez registrado en el sistema será informado sobre los pasos a seguir en el proceso de certificación. Si tiene alguna duda por favor contáctenos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Información del Solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Organización (entidad legal): | | | | | | | | | | | | | | Fecha de solicitud: Click here to enter a date. | | | | |
| Dirección registrada legalmente por la organización: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| País: | Provincia/Estado: | | | | | | | | Ciudad: | | | | | | | | Código Postal: | |
| Coordenadas Geográficas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número de Registro FDA:** | | | | | | | **RUT/CIF:** | | | | | | | | | | | |
| Nombre representante Autorizado: | | | | | | | Posición en la organización: | | | | | | | | | | | |
| Persona de contacto | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Completo: | | | | | | Posición en la organización: | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | E-mail: | | | | | | | | | | | Fax: | | | |
| Ciudad: | | | Provincia/Estado: | | | | | | | | | | | | Código Postal: | | | |
| Especificaciones de la Auditoría | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Auditoría | | | | | Consultiva | | | | | | | | Regulatoria | | | | | |
| En caso de ser Regulatoria, especificar: | | | | | Certificación | | | | | | Renovación | | | | | | | Take-Over (Renovación) |
| Opción 1a – Producción Primaria con empaque (Fruta propia y/o máximo 50% fruta de terceros\* | | Opción 1b – Producción Primaria **sin** empaque | | | | | | | | Opción 2 – Producción Primaria propia + Empaque (>50% fruta de 3eros). | | | | | | Opción 3 – Producto Procesado | | |
| PSR (1) | | PSR (1) | | | | | | | | PSR (1)  PCHC (2) | | | | | | PCHC (2) | | |
| 1. ***Produce Safety Rule; (2) Preventive Controls for Human Consumption*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Descripción del alcance:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Empaque: En caso de empacar fruta de terceros, explicitar el %** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Auditoria: Ventana de 30 días, sugerida por el solicitante: Click here to enter a date.  (Basado en la estacionalidad del cultivo, debe estar en cosecha, y/producción, según corresponda) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idioma de la auditoría: | | | | | | | | Idioma del Informe: | | | | | | | | | | |
| Información adicional necesaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Recibió Consultoría? | | | | | | | | | | | | Si la respuesta es sí, indique nombre del consultor: | | | | | | |
| ¿Producción zafral o continua? | | | | | | | | | | | | Si la respuesta es zafral, indicar período: | | | | | | |
| ¿Cuenta con procesos externos contratados? | | | | | | | | | | | | Si la respuesta es sí, especificar: | | | | | | |
| ¿Tiene requisitos legales específicos aplicables? | | | | | | | | | | | | Si la respuesta es sí, especificar: | | | | | | |
| En caso de solicitar una transferencia del certificado, indique:   * Organismo de Certificación: * Fecha de vto. del certificado: * Las razones para solicitar la trasferencia   Adjunte certificado válido y vigente, informes pasados​​ de auditorías de certificación y renovación, los informes de seguimiento subsiguientes y cualquier no conformidad en circulación que puedan derivarse de ellas | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sitios de producción | | | | | | |
| Número total de sitios de producción: | | | | | | |
| Alcance (Producto o Proceso) | Dirección, detalles del contacto (e-mail, teléfono) y posición del GPS coordenadas. | Línea de Producción dentro del Alcance | **Produce Safety Rules (PSR)** | | **Preventive Controls for Human Consumption (PCHC)** | **Cantidad de empleados en pico de producción (campo, empaque o planta procesadora, según corresponda) por turno** |
| Área bajo producción en hectáreas | ¿Cuenta con empaque?  (S/N) | Área en mts2 para Producto Procesado o Empaque. |
|  |  |  |  | Sí  No |  | **Turno 1** |
| **Turno 2** |
| **Turno 3** |
|  |  |  |  | Sí  No |  | **Turno 1** |
| **Turno 2** |
| **Turno 3** |
|  |  |  |  | Sí  No |  | **Turno 1** |
| **Turno 2** |
| **Turno 3** |
| ***Nota: Se debe llenar una línea por cada sitio que se desea certificar*** | | | | | | |

***Al ser un certificado acreditado bajo 17021-1, además de los requisitos de la ley aplicables, se debe contar con un programa de auditorías internas implementado contemplando todos los requisitos aplicables y una revisión por la dirección contemplando como entrada toda la información necesaria para evaluar el cumplimiento con la ley (incluyendo los resultados de las auditorías, los resultados de las actividades de verificación, situaciones de emergencia, incidentes o recalls, cambios en el sistema, entre otros) y cuyos resultados incluyan el aseguramiento del cumplimiento con la reglamentación, la mejora del sistema y las necesidades de recursos.***

* **PARA USO INTERNO DE LSQA -**

|  |
| --- |
| **En caso de TAKE-OVER** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Confirmación de que el sitio o los sitios que se quieren transferir mantienen una certificación acreditada válida.    1. Verificar que el certificado presentado del OC anterior cuenta con marca de acreditación.    2. Verificar que el certificado se encuentre vigente, por ejemplo, verificando en el directorio de clientes certificados del OC anterior disponible en su página web, o realizando una consulta por correo electrónico. Subir la evidencia de dicha verificación en la carpeta de la auditoria en Gestión de Certificados (por ejemplo, print de pantalla de página web, correo del OC dando constancia de la validez del certificado). |  |
| 1. Confirmación que las actividades certificadas del cliente están incluidas en la acreditación del anterior organismo de certificación y en la acreditación de LSQA.    1. Entrar en la página web del OA y verificar que áreas técnicas tiene acreditadas el OC anterior. Esto se encuentra en el certificado de acreditación del OC. Subir la evidencia de que esto se ha verificado en la carpeta de la auditoria en Gestión de Certificados (por ejemplo, print de pantalla de página web del OA, certificado de acreditación, etc).    2. Verificar que LSQA tiene acreditada esa área técnica. |  |
| 1. Confirmación que el anterior Organismo de Certificación está acreditado por un Organismo de Acreditación firmante del IAF MLA (a nivel 3 y cuando sea aplicable a nivel 4 y 5)    1. El listado de OA firmantes del IAF MLA se encuentra disponible en: <https://www.iaf.nu//articles/IAF_MEMBERS_SIGNATORIES/4> |  |
| 1. Confirmar las razones para solicitar la transferencia |  |
| 1. Informes pasados​​ de auditorías de certificación y renovación, los informes de seguimiento subsiguientes y cualquier no conformidad en circulación que puedan derivarse de ellas.   Nota: Esta consideración incluye también cualquier otra documentación relevante en relación con el proceso de certificación es decir, notas escritas a mano, listas de verificación. |  |
| 1. Quejas recibidas y acciones tomadas. |  |
| 1. Consideraciones relevantes para establecer el programa y plan de auditoria (revisión del estado actual del ciclo de certificación). |  |
| 1. Cualquier compromiso actual de la organización con organismos reguladores en relación a cumplimiento legal. |  |

**Notas:**

Si el anterior Organismo de Certificación no está acreditado, o si el certificado está suspendido o vencido, o si los informes de la última certificación, recertificación o auditoría de seguimiento posterior no están disponibles o si la auditoría de seguimiento está vencida entonces la organización será tratada como un nuevo cliente.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cálculo de días (de acuerdo a QS030 Anexo II):** |  | Planificación | In Situ | Reporte | | Revisión Técnica |
| Etapa 1 |  |  |  | |  |
| Etapa 2 / Consultiva |  |  |  | |  |
| Renovación |  |  |  | |  |
| **Justificación de cálculo de tiempo:** |  | | | | | |
| **Revisado por:** | Nombre del Revisor: |  | | | Fecha de Revisión: Click here to enter a date. | |