

FSMA Solicitud de Evaluacion

**Nombre de la Organizacion:** \_\_\_\_\_

**Numero de Registro:** \_\_\_\_\_

**Numero de Aplicacion:** \_\_\_\_\_

**Detalles de la Organizacion:** \_\_\_\_\_ **Informacion de Facturacion:** \_\_\_\_\_

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Numero de fax: \_\_\_\_\_

Numero de fax: \_\_\_\_\_

Direccion de envio: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de registro del FDA  
(si es aplicable): \_\_\_\_\_

**Tipo de Evaluacion Solicitada**

- Inocuidad para los productos agricolas
- Controles Preventivos para Alimentos
- Programa de Verificacion de Proveedores Extranajeros (FSVP)

**Contactos**

Seleccione la(s) persona(s) de contacto para recibir la comunicacion: (incluya nombre, direccion de correo electronico y numero de telefono)

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_

**Operaciones**

**Operaciones de Granja**

Nombre de la Granja	Direccion	Producto	Acre	Meses de Produccion

**Operaciones de Invernadero/Cubierta**

Nombre del Operacion	Direccion	Producto	Tamaño de la operacion	Meses de Produccion

**Operacion de Cuadrilla de Cosecha**

Compania de la Cuadrilla	Dirreccion de la Cuadrilla	Nombre/Numero de la Cuadrilla	Direccion de la Auditoria	Producto	Meses de Produccion

**Operaciones de Instalacion**

**Tipo:**       Centro de Almacenamiento     Refrigerado/Almacenamiento en Frio       Empaque       pcesadora

<b>Nombre de la Operacion:</b>	
<b>Direccion:</b>	
<b>Cuidad:</b>	
<b>Persona de Contacto:</b>	
<b>Tamaño de la Instalacion:</b>	
<b>Cantidad de lineas de Produccion:</b>	
<b>Horas de Produccion:</b>	
<b>Cantidad de empleados:</b>	
<b>Productos a incluir en la evaluacion:</b>	
<b>Descripcion de las actividades diarias de proceso de esta instalacion:</b>	

**FSVP**

<b>Nombre del Importador:</b>	
<b>Direccion:</b>	
<b>Cuidad:</b>	
<b>Persona de Contacto:</b>	
<b>Numero peligros identificados en el analisis:</b>	
<b>Numero de proveedores extranjeros:</b>	
<b>Productos que se importan, para incluir en la evaluacion:</b>	

---

**Fecha de Auditoria Solicitada**

Intervalo de fechas de auditoria solicitada: De: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_

---

**Autorizacion**

Persona Autorizada \_\_\_\_\_  
Nombre Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Revision de la Aplicacion**

\*Esta seccion sera completada solamente por el personal de Primus Auditing Ops

Aplicacion Revisada por: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de Revision: \_\_\_\_\_

Aprobacion de Aplicacion: SI

NO