*Señores Servicio Agrícola y Ganadero*

*Presente*

El suscrito que más abajo se identifica, viene a presentar a usted para su tramitación, la *Solicitud de Autorización para Laboratorio Autorizado* en *(marcar con una cruz el/los análisis/ensayo a los que postula)*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ámbito agrícola** | |
| 1. Determinación de residuos y contaminantes en productos hortofrutícolas **\*** |  |
| 1. Análisis de formulación plaguicidas y composición de fertilizantes **\*** |  |
| 1. Captación de muestras y realización de análisis nematológico |  |
| 1. Captación de muestras y análisis de exportación en bebidas fermentadas y vinagres |  |
| 1. Captación de muestras y análisis de exportación en alcoholes y licores. |  |
| 1. Diagnóstico de Plum Pox Virus Raza D (PPV–D)**\*** |  |
| 1. Análisis de alcoholes, bebidas alcohólicas, mostos y vinagres de importación |  |
| 1. Diagnóstico de hongos y similares en semilleros de exportación **\*** |  |
| 1. Diagnóstico de virus fitopatógenos en semilleros de exportación **\*** |  |
| 1. Muestreo y diagnóstico de *Pseudomonas Syringae pv. Actinidiae* (PSA) en el marco del control oficial de la plaga del kiwi**\*** |  |
| 1. Diagnóstico de virus en tejido vegetal de bulbos ornamentales de exportación***\**** |  |
| 1. Monitoreo, muestreo y análisis en el marco del programa de certificación fitosanitaria**\*** |  |
| 1. Análisis en aceites de oliva y aceites de orujo de oliva de exportación **\*** |  |
| 1. Diagnóstico de bacterias fitopatógenas en material de propagación de exportación |  |
| 1. Monitoreo y análisis de identificación de la plaga *Drosophila Suzukii* (Matsumura)(diptera drosophilidae)  **\*** |  |
| 1. Identificación de estados inmaduros de insectos mediante técnica PCR |  |
| **Ámbito forestal** | |
| 1. Diagnóstico de *Fusarium Circinatum* en muestras de viveros bajo control oficial |  |
| **Ámbito pecuario** | |
| 1. Diagnóstico de PRRS mediante RT-PCR en tiempo real**\*** |  |
| 1. Diagnóstico de PRRS mediante ELISA**\*** |  |
| 1. Determinación de residuos en productos pecuarios**\*** |  |
| 1. Análisis microbiológico en el ámbito pecuario**\*** |  |
| 1. Detección de anticuerpos frente a *Mycoplasma gallisepticum*, *Mycoplasma synoviae* y *Mycoplasma meleagridis* mediante técnica de ELISA-I |  |
| 1. Diagnóstico de Influenza aviar mediante ELISA |  |
| 1. Diagnóstico de tuberculosis bovina mediante pruebas serológicas**\*** |  |
| 1. Diagnóstico de brucelosis bovina mediante pruebas serológicas en laboratorios y equipos de muestreos de ferias ganaderas**\*** |  |
| 1. Detección de antígenos o anticuerpos para enfermedades pecuarias mediante técnica ELISA |  |
| **Ámbito semillas** | |
| 1. Muestreo/análisis de semillas certificadas y análisis de semillas corrientes **\*** |  |
| 1. Diagnóstico de hongos y oomycetes en material vegetal de propagación y sustratos para el programa de certificación de plantas frutales |  |
| 1. Diagnóstico de virus y viroides en tejido vegetal para el programa de certificación de plantas frutales **\*** |  |

Marque con una “X” la categoría a la cual postula

\*Completar formulario anexo.

***Sección I:*  Identificación del postulante** *(Completar con letra imprenta).*

Nombre o razón social:

Nº de CI o de RUT:

Nacionalidad: ……………………………… Sexo: -Hombre …… -Mujer ……

Domicilio del postulante:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | |
| Calle | Nº | | Depto. | Villa, condominio, población u otro. | |
|  | |  | | |  |
| Comuna | | Ciudad | | | Región |

Nº de teléfono: Nº de fax:

e-mail:

**Antecedentes del representante legal** *(completar sólo en caso de personas jurídicas)*

Nombre completo:

N° de cédula de identidad:

Nacionalidad: ………………………………….. Sexo: -Hombre ….… -Mujer …….

Domicilio:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | |
| Calle | Nº | | Depto. | Villa, condominio, población u otro. | |
|  | |  | | |  |
| Comuna | | Ciudad | | | Región |

Nº de teléfono:

Nº de fax:

e-mail:

**Dirección y datos de contacto del laboratorio**

Dirección:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | |
| Calle | Nº | | Depto. | Villa, condominio, población u otro. | |
|  | |  | | |  |
| Comuna | | Ciudad | | | Región |

Nº de teléfono:

Nº de fax:

e-mail:

Nombre de Persona encargada de aseguramiento de calidad:

Nombre de Responsable técnico:

|  |
| --- |
|  |
| **Firma del postulante o del representante legal** |

***Sección II:* Recepción de la solicitud** (Uso Exclusivo SAG)

Fecha recepción:

Oficina SAG que recepciona:

Nombre personal SAG que recepciona:

|  |
| --- |
| Firma personal SAG que recepciona |

Identificación del laboratorio:

Nombre/Razón social

Cédula de Identidad Nº/RUT:

Identificación del Responsable Técnico: Titular Subrogante

(Nota: marque con una X si quien identifica es el responsable técnico titular o subrogante)

Nombre completo:

Nº de Cédula de Identidad:

Firma Responsable Técnico…………………………………… Media firma…………………………

Responsable ante el SAG para los siguientes análisis/ensayos:

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

Firma del Postulante o de su Representante Legal

Notas:

* El responsable técnico al firmar este formulario asume la responsabilidad en el desempeño, por parte del laboratorio autorizado, de las obligaciones que establece el reglamento específico y acepta las condiciones estipuladas en dicho reglamento.
* Marque con una “X” el Responsable técnico que informa, si el laboratorio presenta más de un responsable técnico/Responsable técnico subrogante, debe llenar separadamente éste formulario.

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Nº cédula de identidad** | **Firma** | **Técnica/s que realiza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

Por el presente instrumento, …………………………………………………………………..………...........…...... ...................................., Cédula de Identidad Nº ……..................................... de nacionalidad................................. con domicilio en ................................................... ...................................…......................... Comuna de……………………………..……… Región ………………………..…….., declaro bajo juramento:

1. Cumplo con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero a las personas naturales, para ser laboratorio autorizado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico para la Autorización de Laboratorios.
2. La capacidad para realizar análisis/ensayos de…………………………………………………….. es de un máximo de……………………….. por ………………………..…………….*(Repetir por cada análisis/ensayo al cual postula)*
3. No poseer ninguna de las inhabilidades para ser laboratorio autorizado que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico mencionado anteriormente.
4. …………..… tengo cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta o cónyuge.

Los parientes a que me refiero en el párrafo anterior son:

| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG.

Firma Postulante

Fecha,…………………………………………….

Por el presente instrumento, ……………....………………………………...................................... ..........................................…., cédula de identidad Nº ……..................................... de nacionalidad........................................ con domicilio en ........................................ ........................................................... Comuna de ………………………..……………………. Región …………………….…..….., en representación de ………...........…............................................. …………...................., RUT Nº ………………………......................... con domicilio en …………………………............................................ ............................................., Comuna de………….…………. Región ……………………………………………………..., declaro bajo juramento:

1. La persona postulante a la que represento cumple con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero a las personas jurídicas, para ser laboratorio autorizado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico para la Autorización de Laboratorios.
2. La capacidad para realizar análisis/ensayos de…………………………………………….. es de un máximo de………………………... por ………………………………………………….*(Repetir por cada análisis/ensayo al cual postula)*
3. La persona postulante a la que represento no posee ninguna de las inhabilidades para ser laboratorio autorizado que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico mencionado anteriormente.
   1. Yo………… tengo cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta.
   2. El responsable técnico de este postulante ………… tiene cónyuge o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad en línea recta.

Los parientes a aludidos anteriormente en las letras a y b son*:*

| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG.

Firma del Representante Legal del postulante

Fecha,…………………………………………….

A través de la presente, yo ………………………………………………………., cédula de identidad Nº………………………………….., autorizo al Servicio Agrícola y Ganadero a publicar los datos de mi persona o de mi representado en caso de persona jurídica, que se especifican a continuación, en su Sistema de Información de Terceros Autorizados durante el período de vigencia de su autorización:

*(Complete con una X según corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Permito publicar:** | |
| **Datos del tercero autorizado a publicar en el sitio Web del SAG:** | **SI** | **NO** |
| Nº de cédula de identidad o RUT según sea persona natural o jurídica |  |  |
| Dirección del laboratorio autorizado |  |  |
| Dirección de correo electrónico del laboratorio autorizado |  |  |
| Fono del laboratorio autorizado |  |  |
| Nombre y Nº de cédula de identidad del representante legal del autorizado |  |  |
| Nombre y Nº de cédula de identidad del responsable técnico |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Postulante o de su Representante Legal |

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

NOTA:

En conformidad a lo dispuesto por la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada o Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio requiere solicitar a todo autorizado, permiso escrito para publicar por medios electrónicos sus datos personales, ello con el objeto de dar a conocer a los usuarios la información necesaria para contactar y requerir los servicios de un Autorizado ante el SAG.

Con esta autorización el Servicio quedará habilitado para publicar exclusivamente aquellos ítems que fueron señalados por el autorizado. En caso de no contar con este permiso, el Servicio publicará

Identificación del laboratorio:

Nombre/Razón social:

Cédula de Identidad N° / RUT:

Detalle de determinaciones para las cuales solicita la autorización:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Analito a detectar** | **Matriz de análisis/especie** | **Metodología**  **(nombre de la técnica)** | **Límite de Detección** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Firma del / la Postulante o su Representante Legal

Fecha,…………………………………

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Análisis a los que postula** |  |
| 1. Recuento de [microorganismos aerobios mesófilos mediante técnica Petrifilm® Afnor 3M 01/01-09/89](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-microorganismos-aerobios-mesofilos-mediante-tecnica-1) |  |
| 1. Recuento de [Enterobacteraceae mediante técnica Petrifilm® Afnor 3M 01/06-09/97](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-enterobacteraceae-mediante-tecnica-petrifilmr-afnor-3m) |  |
| 1. Recuento de [microorganismos aerobios mesófilos mediante técnica Tempo® AC Bio 12/35-05/13 y recuento de enterobacteriaceae mediante técnica Tempo® EB BIO 12/21-12/06](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-microorganismos-aerobios-mesofilos-mediante-tecnica-0) |  |
| 1. [Detección de Salmonella spp. Según ISO 6579:2002 (E)](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-la-deteccion-de-salmonella-spp-segun-iso-65792002-e) |  |
| 1. Detección de [*Salmonella* spp. móviles](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-la-deteccion-de-salmonella-spp-moviles-segun-metodologia) según Metodología Tradicional OIE. |  |
| 1. Detección de [*Salmonella pullorum-gallinarum*](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-la-deteccion-de-salmonella-pullorum-gallinarum-segun-metodo)  según Método  Tradicional OIE. |  |
| 1. Detección de [*Salmonella spp. móviles en fecas*](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-la-deteccion-de-salmonella-sp-moviles-en-fecas-segun-metodo) según Método  Tradicional ISO 6579:2002/Amd 1 (E) |  |
| 1. Análisis para [*Salmonella* mediante método screening Assurance GDS *Salmonella* AFNOR TRA](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-de-analisisensayo-para-salmonella-mediante-metodo-screening-assurance) 02/12-01/09 |  |
| 1. Análisis para [*Salmonella* mediante método screening VIDAS](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-de-analisisensayo-para-salmonella-mediante-metodo-screening-vidas-r-easy) ® EASY SLM AFNOR BIO 12/16-09/05 |  |
| 1. Recuento de [*Escherichia coli* mediante método tradicional de cultivo](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-escherichia-coli-mediante-metodo-tradicional-de-cultivo): AOAC Official Method 966.24 |  |
| 1. Recuento de [coliformes y *E. coli* mediante técnica Petrifilm](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-coliformes-y-e-coli-mediante-tecnica-petrifilm-r-aoac) ® AOAC Official Method 991.14 ó 998.08 |  |
| 1. Recuento de [microorganismos aerobios mesófilos mediante método tradicional de cultivo](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-microorganismos-aerobios-mesofilos-mediante-metodo): AOAC Official Method 966.23.C |  |
| 1. Recuento de [microorganismos aerobios mesófilos mediante técnica Petrifilm](http://www.sag.cl/content/instructivo-tecnico-para-recuento-de-microorganismos-aerobios-mesofilos-mediante-tecnica) ® AOAC Official Method 990.12 |  |

Marcar con una X el o los análisis para los cuales postula en su autorización:

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

1. Marcar con una X el tipo de laboratorio y análisis a los cuales postula:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de laboratorio y análisis/ensayo al que postula** | |
| **Laboratorio** | |
| Rosa de bengala en suero |  |
| Fluorescencia polarizada en suero |  |
| ELISA indirecto en leche |  |
| **Equipo de feria** | |
| Rosa de bengala en suero |  |
| Fluorescencia polarizada en suero |  |

1. En caso de haber seleccionado equipo de muestreo en ferias ganaderas en el primer cuadro, completar la siguiente tabla:

|  |
| --- |
| **Ferias ganaderas en las cuales se desempañará** |
|  |
|  |
|  |
|  |

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

Identificación del laboratorio autorizado:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Técnicas de diagnóstico de laboratorio a las que postula el laboratorio para la ampliación de la autorización** | | | | |
| **T ÉC N I C A (\*)** | | **U S O** | | |
| 1. ELISA. | | Técnica screening: | …… | |
| Técnica confirmatoria: | …… | |
| 2. PCR Tradicional. | | Técnica screening: | …… | |
| Técnica confirmatoria: | …… | |
| 3. PCR Tiempo real. | | Técnica screening: | …… | |
| Técnica confirmatoria: | …… | |
| Marcar con una X la(s) técnica(s) de diagnóstico para las cuales postula, especificando cuando corresponda, la técnica de screening y la técnica a utilizar como confirmatoria.  (\*) Las técnicas marcadas deberán ser complementarias; es decir, ELISA respecto de cualquier tipo de PCR y viceversa | | | | |
| **TÉCNICA** | | | **USO** | |
| 4. Prueba Biológica | | | …… | |

Firma del postulante o representante legal

Fecha, …………………………………………….

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

1. Marcar con una X el tipo de laboratorio y análisis a los cuales postula:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de laboratorio y análisis/ensayo al que postula** | |
| **Laboratorio** | |
| [Análisis Serológico de Anticuerpos IDEXX Mycobacterium bovis](#_Toc401309426) |  |
| [Detección de (IFN-γ) mediante kit BOVIGAM®](#_Toc401309427) |  |

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

**Identificación del laboratorio:**

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marcar con una X el o las actividades para las cuales solicita la autorización:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades a los que postula** |  |
| 1. Monitoreo en campo |  |
| 1. Muestreo en campo |  |
| 1. Análisis entomológico |  |
| 1. Análisis fitopatológico |  |
| 1. Análisis taxonómico de malezas |  |
| 1. Análisis nematológico |  |
| 1. Otros (especificar actividad) |  |

Indique especie, mercado de destino y protocolo específico para los cuales solicita la autorización:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especie** | **Mercado** | **Protocolo o Plan de trabajo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: ……………………………………………

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

1. Marcar con una X el tipo de determinación y/o análisis a los cuales postula y señale la metodología o técnica a utilizar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Determinaciones y Análisis** | **Postula** | **Metodología o Técnica** |
| Determinación de acidez libre en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación de peróxidos en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación de k232 y k270 en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación de Estigmastadienos en los aceite vegetales. |  |  |
| Determinación de Ceras en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación del Contenido de ácidos grasos en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación de Esteroles en los aceites vegetales |  |  |
| Determinación de Eritrodiol y Uvaol en los aceite vegetales. |  |  |
| Determinación de Polifenoles en los aceites vegetales. |  |  |
| Determinación de Alcoholes Alifáticos en los aceites vegetales |  |  |
| Determinación de Índice de Refracción |  |  |
| Determinación de humedad y material volátil |  |  |
| Otro |  |  |

Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

RUT: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instrumento/**  **Detector** | **Marca/modelo/año** | **Análisis principales** | **Nombre operador responsable** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………

Firma del Representante Legal

Fecha de recepción SAG ……………………………………… (Uso exclusivo SAG)

Identificación del laboratorio:

Razón social:

RUT:

| **Pregunta** | **SI** | **NO** | **Parcial** | **Comentarios** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿De las técnicas presentadas tiene alguna acreditación ISO 17025? |  |  |  | Cuantas: |
| ¿Tienen otras áreas del laboratorio acreditación ISO 17025? |  |  |  | Cuales: |
| ¿Para las técnicas presentadas, ha participado en rondas interlaboratorios o ensayos de aptitud en los últimos dos años? |  |  |  | Cuantas: |
| Si la respuesta es SI, complete la siguiente información:  (Se solicita una copia de la información de los resultados de las rondas señaladas) | Fecha | Ensayo:  Organismo:  Resultado: | | |
| Fecha | Ensayo:  Organismo:  Resultado: | | |
| Fecha | Ensayo:  Organismo:  Resultado: | | |
| Fecha | Ensayo:  Organismo:  Resultado: | | |
| La información presentada es confidencial, sólo tiene carácter de información general.  Nombre responsable de la información entregada: ………………………………………………………………  Fecha de emisión del documento: …………………………………… | | | | |

Por el presente instrumento, don/a ………………………..……………………………………………………. ………….……............................., cédula de identidad N° …………..………........................, en nombre de …............................................................................................, RUT N° ………………………………………, laboratorio de análisis/ensayos autorizado ante el SAG para realizar……..........................….................................................................………, declaro bajo juramento::

1. Que de acuerdo a lo estipulado en el numeral 7 letra c) del Reglamento Específico para la Autorización de Laboratorios de Análisis/Ensayos, con fecha…………………………………….., el laboratorio al cual represento suspenderá las actividades en el ámbito de su autorización debido a la perdida de la(s) siguiente(s) condiciones, requisitos o calidades que permitieron su autorización:

* ………………………..…………………………………………………….
* ……..……………………………………………………………………….
* ……………………….………………………………………………………
* …………………………....……………………………………………….

1. Que el presente aviso es realizado dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse producido las razones antes señaladas.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma representante legal  Laboratorio autorizado |
|  |  |

Fecha recepción SAG:…………………………………………….

Identificación del laboratorio autorizado:

Nombre/Razón social: .................................................................................................

Cédula de Identidad N°/RUT: .......................................................................................

Marcar el/los análisis que desee/n incorporar a su alcance como laboratorio:

|  |  |
| --- | --- |
| **Análisis** | **Marcar con una X** |
| Germinación |  |
| Pureza física |  |
| Humedad |  |
| Determinación de otras especies |  |

Detallar las especies a analizar:

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de especies a analizar** | **Identificación de especies de semillas a analizar** |
|  |  |

……………………………………………………….……….

Firma del autorizado o del Representante

Legal

Fecha: …………………………………………….

Identificación del laboratorio autorizado:

Nombre/Razón social: ....................................................................................

Cédula de identidad Nº/RUT: ……………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Nº de cédula de identidad** | **Firma** | **Profesión o años de experiencia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………………………….……….

Firma del autorizado o del Representante

Legal

Fecha: …………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN DE ANALISTAS**  **ANÁLISIS NEMATOLÓGICO** | Código: F-ATR-AAT-124  Versión:03 |

Personal que se desempeñará como analista:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Nº cédula de identidad** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL PARA LABORES DE MUESTREO**  **ANÁLISIS NEMATOLÓGICO** | Código: F-ATR-AAT-125  Versión:03 |

Personal para las labores de muestreo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Nº cédula de identidad** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN EMPRESA DE TRANSPORTE DE ENCOMIENDAS O COURIER**  **ANÁLISIS NEMATOLÓGICO** | Código: F-ATR-AAT-208  Versión:03 |

# Logo Laboratório Autorizado

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha aviso** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES TERCERO AUTORIZADO (Emisor)** | |
| **Nombre Laboratorio Autorizado** |  |
| **Nombre Responsable Técnico**  Indicar nombre completo del responsable técnico, designado por el laboratorio autorizado. |  |
| **Dirección Oficina/Comuna**  Indicar el lugar donde se mantendrán/ analizarán las muestras y los registros documentales de las actividades que el laboratorio autorizado desarrollará. |  |
| **Fax** |  |
| **Teléfono (fijo/móvil)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Empresa de courier a utilizar** |  |
| **Nº de cuenta a utilizar** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre responsable técnico  laboratorio autorizado |  | Firma responsable técnico  laboratorio autorizado |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DECLARACIÓN JURADA PARA LA DESIGNACIÓN DEL LABORATORIO AUTORIZADO**  **ANÁLISIS NEMATOLÓGICO** | Código: F-ATR-AAT-206  Versión:03 |

Por el presente instrumento, declaro bajo juramento que todas las muestras vegetales, captadas por el SAG en el marco del proceso de certificación fitosanitaria de material de propagación de exportación que correspondan al alcance de los instructivos técnicos para el diagnóstico de plagas en material de propagación de exportación deberán ser enviadas al siguiente laboratorio autorizado:

1. IDENTIFICACIÓN DEL LABORATORIO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Disciplinas: | |  | | | |
| Nombre o Razón social: | | | |  | |
| Número y año de su resolución de autorización vigente: | | | | |  |
| Dirección: |  | | | | |
| Correo electrónico: | | |  | | |
| Teléfono: |  | | | | |

1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTOR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razón Social Productor: | |  | |
| Representante del Productor | | |  |
| Cédula de identidad N° | |  | |
| Nacionalidad: |  | | |
| Domicilio: |  | | |
| Comuna: |  | | |
| Teléfono: |  | | |

Que ante una modificación en la designación del laboratorio autorizado, informaré al Servicio al correo electrónico [exportaciones.mapro@sag.gob.cl](mailto:exportaciones.mapro@sag.gob.cl), en un plazo no superior a 48 horas, el nombre del nuevo laboratorio autorizado al cual el Servicio deberá enviar las muestras.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personal encargado empresa |  | Nombre o representante legal  laboratorio autorizado |

Fecha recepción SAG:…………………………………………….

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Personal para las labores de muestreo, monitoreo y/o prospección:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Profesión | Cargo  (indicar si es muestreador o prospector) | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Identificación del analista/s:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Profesión | | Análisis que ejecuta | | Firma | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |

Firma del postulante o su representante legal

Fecha recepción SAG:…………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SAG_logocolor_plantillas | **FORMULARIO IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  **DROSOPHILA SUZUKII** | Código: F-GF-CGP-PT-197  Versión: 01 |

Identificación del ente autorizado:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Personal para las labores de muestreo, monitoreo y/o prospección:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad | Actividad que ejecuta (indicar si es muestreador o prospector) | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Identificación del analista/s:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad | Análisis que ejecuta | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del postulante o su representante legal

Fecha recepción SAG:…………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SAG_logocolor_plantillas | **FORMULARIO ANEXO PARA EL MONITOREO Y ANÁLISIS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PLAGA *DROSOPHILA SUZUKII*** | Código: F-GF-CGP-PT-196  Versión: 01 |

Identificación del ente autorizado:

Nombre/razón social:

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marcar con una X la o las actividades para las cuales solicita la autorización:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades a los que postula** |  |
| 1. Manejo del sistema de trampas |  |
| 2. Manejo de la prospección visual y muestreo de fruta |  |
| 3. Análisis taxonómico de los ejemplares colectados en trampas y/o fruta |  |
| 4. Análisis molecular de los ejemplares colectados en trampas y/o fruta |  |



Firma del postulante o su representante legal

Fecha recepción SAG:…………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA ANÁLISIS EN SEMILLAS CERTIFICADAS** | Código: F-GF-CGP-PT-210 Versión:01 |

Identificación del laboratorio autorizado:

Nombre/Razón social:.................................................................................................

Cédula de Identidad N°/RUT:.......................................................................................

Marcar el/los análisis que desee/n incorporar a su alcance como laboratorio:

|  |  |
| --- | --- |
| **Análisis** | **Marcar con una X** |
| Muestreo | Obligatorio |
| Germinación | Obligatorio |
| Pureza física | Obligatorio |
| Humedad |  |
| Determinación de otras especies |  |

Detallar las especies a analizar:

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de especies a analizar** | **Identificación de especies de semillas a analizar** |
|  |  |

……………………………………………………….……….

Firma del autorizado o del Representante

Legal

Fecha: …………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA LA DETERMINACIÓN DE RESIDUOS DE PLAGUICIDAS, METALES PESADOS Y MICOTOXINAS EN PRODUCTOS AGRÍCOLAS** | Código: F-GF-CGP-PT-114 Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Razón social: ........................................................................................................

RUT: …………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Área de análisis (Marcar con una cruz) | |
| Análisis de residuos de plaguicidas en productos vegetales |  |
| Análisis de metales pesados en productos vegetales |  |
| Análisis de micotoxina en productos vegetales |  |

Listar los residuos de plaguicida a analizar en el laboratorio, especificando matriz, límite de detección y cuantificación (expresado en mg/kg)) y metodología:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Analitos | Matriz | LOD  (mg/kg) | LOQ  (mg/kg) | Incertidumbre (u) | Metodología ( HPLC, CG,  ICP, Aa, etc) | Acreditación ISO 17025 (SI o NO  y vigencia) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



Firma del representante legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO IDENTIFICACIÓN DE ANALISTAS VINCULADOS AL ANÁLISIS**  **RESIDUOS DE PLAGUICIDAS, METALES Y MICOTOXINAS EN PRODUCTOS AGRICOLAS** | Código: F-GF-CGP-PT-115 Versión:01 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **N° cédula de Identidad** | **Firma** | **Funciones que desempeña** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del representante legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA LA EJECUCIÓN DE ANALISIS DE FORMULACIÓN DE PLAGUICIDAS Y COMPOSICIÓN DE FERTILIZANTES.** | Código: F-GF-CGP-PT-119 Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Razón social: ........................................................................................................

RUT: …………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Área de análisis (Marcar con una cruz) | |
| Análisis de formulación de plaguicidas |  |
| Análisis de composición de fertilizantes |  |

Listar los ingredientes activos a analizar en el laboratorio, especificando la metodología a utilizar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ingrediente activo | Metodología  ( HPLC, CG, CG/MS, etc) | Acreditación ISO 17025 (SI o NO  y vigencia) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



Firma del representante legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA LA EJECUCIÓN DE ANALISIS DE FORMULACIÓN DE PLAGUICIDAS Y COMPOSICIÓN DE FERTILIZANTES.** | Código: F-GF-CGP-PT-119 Versión:01 |

Listar los componentes a analizar en el laboratorio, especificando la metodología a utilizar:

|  |  |
| --- | --- |
| Analito | Metodología (Breve descripción) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



Firma del representante legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO IDENTIFICACIÓN DE ANALISTAS**  **VINCULADOS AL ANALISIS**  **ANALISIS DE FORMULACIÓN DE PLAGUICIDAS Y COMPOSICIÓN DE FERTILIZANTES** | Código: F-GF-CGP-PT-120 Versión:01 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **N° cédula de Identidad** | **Firma** | **Funciones que desempeña** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del representante legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LISTA DE EQUIPOS7INSTRUMENTOS**  **UTILIZADOS EN TÉCNICAS** | Código: F-GF-CGP-PT-122 Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Razón social: ........................................................................................................

RUT: …………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instrumento / detector** | **Marca/modelo/año** | **Análisis principales** | **Nombre operador responsable** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del Representante Legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LISTA DE EQUIPOS/INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN TÉCNICAS HPLC, CG, AA, ICP U OTRA (INCLUIR DETECTORES)** | Código: F-GF-CGP-PT-117 Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Razón social: ........................................................................................................

RUT: …………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instrumento / detector** | **Marca/modelo/año** | **Análisis principales** | **Nombre operador responsable** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del Representante Legal

Fecha recepción SAG: *(Uso exclusivo SAG)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA EL DIAGNÓSTICO DE HONGOS Y SIMILARES EN SEMILLEROS DE EXPORTACIÓN** | Código: F-GF-CGP-PT-209  Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social: .............................................................................................

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marque con una “X” el hospedero al que postula:

|  |  |
| --- | --- |
| **Familia/Grupo Hospedante** |  |
| Aliaceae |  |
| Apiaceae |  |
| Asparagaceae |  |
| Asteraceae |  |
| Brassicaceae |  |
| Chenopodaceae |  |
| Cucurbitaceae |  |
| Fabaceae |  |
| Oleaginosas |  |
| Poaceae |  |
| Solanaceae |  |

Nota: el laboratorio deberá realizar el diagnóstico de la totalidad de los hongos y similares considerados para cada uno de ellos en el presente instructivo.

Nombre o representante legal

Laboratorio postulante

Fecha: \_ \_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN DE ANALISTAS Y PERSONAL DE APOYO VINCULADOS AL ANÁLISIS**  **DIAGNÓSTICO DE HONGOS Y SIMILARES EN SEMILLEROS DE EXPORTACIÓN** | Código: F-GF-CGP-PT-210  Versión:01 |

Identificación del ente autorizado:

Nombre/razón social: .............................................................................................

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Identificación de los analistas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad | Técnica que ejecuta | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Identificación del personal de apoyo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Cédula Identidad | Actividades que ejecuta | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



Firma del postulante o su representante legal

Fecha recepción SAG:…………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO PARA POSTULAR AL DIAGNÓSTICO DE VIRUS EN SEMILLEROS DE EXPORTACIÓN** | Código: F-GF-CGP-PT-204  Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social: .............................................................................................

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marque con una “X” el hospedero al que postula:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospedero** |  |
| Tomate |  |
| Pimentón y Ajíes |  |
| Cucurbitáceas |  |
| Lechuga |  |
| Maíz |  |
| Frejol |  |
| Soya |  |
| Brassicas |  |
| Apiáceas |  |
| Maravilla |  |
| Liliáceas |  |

Nota: el laboratorio deberá realizar el diagnóstico de la totalidad de los virus considerados para cada uno de ellos en el presente instructivo.

Nombre o representante legal Laboratorio postulante

Fecha: \_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IDENTIFICACIÓN DE ANALISTAS VINCULADOS AL ANÁLISIS**  **DIAGNÓSTICO DE VIRUS EN SEMILLEROS DE EXPORTACIÓN** | Código: F-GF-CGP-PT-205  Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social: .............................................................................................

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Personal que se desempeñará como analista:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Nº cédula de identidad** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



Firma del postulante o del representante legal

Fecha: …………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO ANEXO DIAGNÓSTICO DE VIRUS Y VIROIDES, PARA LA CERTIFICACIÓN DE PLANTAS FRUTALES** | Código: F-GF-CGP-PT-160  Versión:01 |

Identificación del laboratorio:

Nombre/razón social: .............................................................................................

Cédula de identidad N°/RUT: …………………………………………..

Marque con una “X” el género / especie a la que postula:

|  |  |
| --- | --- |
| **GÉNERO / ESPECIE** |  |
| **Especies -** *Ribes spp.* |  |
| **Especies -** *Rubus spp.* |  |
| **Especies -** *Vaccinium spp.* |  |
| **Manzano -** *Malus domestica Borkh* |  |
| **Membrillo -** *Cydonia oblonga Mill* |  |
| **Peral** *- Pyrus L.* |  |
| **Almendro -** *Prunus dulcis (Mill.) D. A. Webb* |  |
| **Cerezo -** *Prunus avium (L.) L.* |  |
| **Guindo -** *Prunus Cereasus* |  |
| **Ciruelo -** *Prunus domestica L. -Prunus salicina Lindl.* |  |
| **Damasco -** *Prunus armeniaca L.* |  |
| **Duraznero -** *Prunus persica (L.) Batsch* |  |
| **Nectarino -** *Prunus persica cv. nectarina(L.) Batsch* |  |
| **Vides -** *Vitis spp*. |  |
| **Olivo -** Olea europaea L. |  |
| **Cítricos -** Citrus spp. |  |

Nombre o representante legal

Laboratorio autorizado

# Fecha: