

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

# **REGLAMENTO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN DE TERCEROS PARA LA REALIZACIÓN DE MUESTREOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE CONTROL OFICIAL DE PLUM POX VIRUS RAZA D**

## TABLA DE CONTENIDOS

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
1 OBJETIVOS Y ALCANCE .....	3
2 REFERENCIAS NORMATIVAS Y LEGALES.....	3
3 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS .....	3
4 REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN.....	4
4.1 REQUISITOS DEL PERSONAL .....	4
4.2 REQUISITOS DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MATERIALES .....	5
5 INHABILIDADES.....	6
6 PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN .....	6
6.1 PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN .....	6
6.2 REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN .....	8
6.2.1 Revisión Documental.....	8
6.2.2 Evaluación documental.....	8
6.2.3 Recomendación Director Regional .....	9
6.3 RESOLUCIÓN FINAL DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN.....	9
7 OBLIGACIONES DEL ACREDITADO.....	10
8 SUPERVISIÓN.....	11
9 MEDIDAS POR INCUMPLIMIENTO.....	12
9.1 CAUSALES DE SUSPENSIÓN DE LA ACREDITACIÓN .....	13
9.2 CAUSALES DE REVOCACIÓN DE LA ACREDITACIÓN .....	13
10 PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ACREDITADO.....	13
11 VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN.....	14
12 OTRAS CONSIDERACIONES.....	15
Anexo N° 1: Diagrama de flujo del procedimiento para la acreditación de terceros.....	15
Anexo N° 2: Formularios para postular a la acreditación para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a PPM-PPV-D.....	15
Anexo N° 3: Formularios para postular -a la acreditación para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D.....	15
Anexo N° 4: Formularios para postular a la renovación de la acreditación.....	15
Anexo N° 5: Protocolo Anual de Muestreo en el Marco del Control Oficial de PPV-D.....	15
Anexo N° 6: Supervisión.....	113

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1386 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

## 1 **OBJETIVOS Y ALCANCE**

El objetivo de este Reglamento es establecer los requisitos y procedimientos para la acreditación de terceros por parte del SAG, para llevar a cabo el proceso de muestreo en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus, Raza D. Del mismo modo, en este documento se estipulan las condiciones de funcionamiento que deben cumplir las personas que obtengan la acreditación.

Las actividades relacionadas al proceso de muestreo, para la realización de las técnicas de diagnóstico de laboratorio, son la toma, conservación, almacenamiento, envío y entrega de las muestras al laboratorio acreditado, las cuales deberán ser desarrolladas de acuerdo a los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG en el PROTOCOLO DE MUESTREO EN EL MARCO DEL CONTROL OBLIGATORIO DE PLUM POX VIRUS, RAZA D, incorporado en el Anexo N° 5 del presente Reglamento.

Esta acreditación se otorgará con carácter nacional, aún cuando las actividades involucradas son ejecutadas en zonas geográficas definidas por el SAG, en relación a las zonas de presentación y control obligatorio de la plaga cuarentenaria Plum Pox Virus, Raza D en adelante "PPV-D".

Las disposiciones de este Reglamento serán aplicables a todas las personas que voluntariamente postulen a la acreditación referida en este Reglamento.

## 2 **REFERENCIAS NORMATIVAS Y LEGALES**

- i) Ley 18.755, que fija la organización y atribuciones del Servicio Agrícola y Ganadero, modificada por Ley 19.283.
- ii) Decreto Ley N° 3.557, que establece disposiciones sobre Protección Agrícola.
- iii) Resolución Exenta del Director Nacional N° 3678 del 30 de septiembre de 2004, que "Norma el Sistema Nacional de Acreditación de Terceros y deroga Resoluciones N° 3142/1998 y N° 3143/1998".
- iv) Resolución Exenta del Director Nacional N° 796 del 13 de abril de 1994 y sus modificaciones, que establece el control obligatorio de la plaga de los vegetales que indica en todo el territorio nacional y establece medidas de carácter cuarentenario.
- v) Resolución Exenta del Director Nacional N° 534 del 31 de enero de 2007 que Reglamenta control obligatorio de la plaga denominada "Enfermedad de Sharka", causada por Plum Pox Virus, Raza D, y deroga resoluciones que indica.

## 3 **DEFINICIONES Y ABREVIATURAS**

**Acreditación** Acto mediante el cual el Servicio autoriza a un tercero para que ejecute una o más actividades en el marco de programas oficiales del Servicio, bajo condiciones definidas en el Reglamento Específico de Acreditación de cada actividad.

 <p data-bbox="375 224 630 302">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 201 1388 302"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

<b>CORE</b>	Abreviatura de Comprobante de Recaudación.
<b>Declaración De Muestreo</b>	Se entenderá por dedaración de muestreo la información base para identificar las plantas a muestrear, y se puede presentar dependiendo de las órcunstancias, mediante de los siguientes documentos:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaración de Muestreo Anual de PPM- PPV, Raza D.</li> <li>▪ Declaración Complementaria de Muestreo Anual de PPM- PPV, Raza D.</li> <li>▪ Plantel Excluido: Declaración de Muestreo PPV para obtener Plantas de Vivero.</li> </ul>
<b>DIPLADES</b>	Abreviatura de División de Planificación y Desarrollo Estratégico.
<b>IF</b>	Informe Fitosanitario.
<b>SAG o Servicio</b>	Servicio Agrícola y Ganadero
<b>PPM</b>	Plantel de Plantas Madres
<b>PPV</b>	Plum Pox Virus
<b>Plantel de Plantas madres sujetos a control oficial de Plum Pox Virus, Raza D (PPM- PPV- D)</b>	Conjunto de plantas de carozos establecidas en un lugar específico, libre de PPV conforme a los métodos y procedimientos específicos definidos por el SAG, sujeta al Control Obligatorio de PPV. En casos de excepción una parte del PPM puede estar localizado en un huerto de carozos.
<b>Enfermedad de Sharka</b>	Se denomina a la enfermedad causada por el Plum Pox Virus, raza D

#### **4 REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN**

A esta acreditación podrán postular personas naturales que deseen ejecutar directamente las labores relacionadas con el proceso de muestreo en el marco del Control Obligatorio de PPV- Raza D, así como personas jurídicas que puedan prestar este tipo de servicios; cualquiera sea el caso, deben cumplir con los siguientes requisitos específicos:

##### **4.1 Requisitos del Personal**

El/la postulante deberá contar con el siguiente personal para postular a la acreditación:

- a) Responsable Técnico:

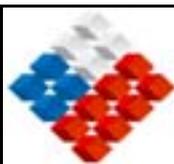
 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

- Poseer título profesional otorgado por una entidad reconocida por el Estado o, en caso de extranjeros, revalidado según procedimiento establecido por el Ministerio de Educación, correspondiente a una carrera de alguna de las áreas de las Ciencias Agrícolas de una duración de al menos 10 semestres, en cuya malla curricular se incluya fundamentos de fruticultura o fruticultura general, entomología agrícola y fitopatología agrícola.
  - Aprobar un curso de adiestramiento para postulantes, dictado por el SAG u otra institución aceptada por éste, en materias referentes a la ejecución de las actividades oficiales comprendidas en este Reglamento de Acreditación.
- b) Equipo de Muestreo: Deberá contar con 1 o más equipos de muestreo, los cuales estarán conformados por a lo menos 2 personas, a saber:
- b.1) Jefe de equipo, quién deberá cumplir con el siguiente perfil:
- Poseer título profesional otorgado por una entidad reconocida por el Estado o, en caso de extranjeros, revalidado según procedimiento establecido por el Ministerio de Educación, correspondiente a una carrera de alguna de las áreas de las Ciencias Agrícolas de una duración de al menos 10 semestres académicos, en cuya malla curricular se incluya fundamentos de fruticultura o fruticultura general, entomología agrícola y fitopatología agrícola.
  - Haber aprobado un curso de adiestramiento para postulantes, dictado por el SAG u otra institución aceptada por éste, en materias referentes a la ejecución de las actividades oficiales comprendidas en este Reglamento de Acreditación.
- b.2) Personal de Apoyo, el que deberá cumplir con lo siguiente:
- Poseer título profesional/ técnico o ser egresado de una entidad reconocida por el Estado o, en caso de extranjeros, revalidado según procedimiento establecido por el Ministerio de Educación, de una carrera del área agrícola o forestal.
  - Haber aprobado un curso de adiestramiento para postulantes, dictado por el SAG u otra institución aceptada por éste, en materias referentes a la ejecución de las actividades oficiales comprendidas en este Reglamento de Acreditación.

#### **4.2 Requisitos de Infraestructura, Equipamiento y Materiales**

Contar con infraestructura, equipamiento y materiales necesarios para la correcta ejecución de las actividades fitosanitarias encomendadas, de acuerdo a los métodos y procedimiento establecidos por el SAG, indicados en el Anexo 5.

Los requisitos señalados en este capítulo son sin perjuicio de lo estipulado en el número 6.1 del presente Reglamento.



## 5 **INHABILIDADES**

No podrán ser terceros acreditados para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido al control de PPV- D:

- i) Las personas naturales que sean funcionarios o trabajadores o las personas contratadas sobre la base de honorarios por el Servicio. Del mismo modo, no podrán ser terceros acreditados las ex autoridades, ex funcionarios, ex trabajadores o las personas que hayan estado contratadas por el Servicio sobre la base de honorarios, que desarrollen actividades que impliquen una relación laboral con entidades sujetas a fiscalización por parte del Servicio, inhabilidad que se mantendrá hasta por seis meses después de haber expirado en funciones.
- ii) Las personas jurídicas que tengan entre sus socios, directores, administradores, gerentes, accionistas o trabajadores a personas que sean funcionarios o trabajadores o personas contratadas sobre la base de honorarios por el Servicio. Del mismo modo, las personas jurídicas no podrán ser terceros acreditados si existe un vínculo laboral con ex funcionarios, ex trabajadores o las personas que hayan sido contratadas sobre la base de honorarios por el Servicio, que desarrollen actividades que impliquen una relación laboral con entidades sujetas a fiscalización por parte del Servicio, inhabilidad que se mantendrá hasta por seis meses después de haber expirado en funciones.
- iii) Las personas que con anterioridad fueron acreditadas para esta especialidad que se les aplicó la medida de revocación de la acreditación, hasta que se cumpla un período de un año, contado desde la fecha en que quede ejecutoriada la resolución que establece la medida.

## 6 **PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN**<sup>1</sup>

En Anexos N° 2 y N° 3 se entregan formatos con instrucciones de llenado, de los formularios que deben presentar ante el SAG quienes postulen a la acreditación, a los cuales debe adjuntar el resto de los antecedentes que se solicitan.

### 6.1 **Presentación de la Solicitud de Acreditación**

El/la interesado/a deberá completar y firmar el “formulario solicitud de acreditación”. Este formulario debe ser presentado en la Dirección Regional u Oficina Sectorial del SAG correspondiente al domicilio del/la postulante.

El/la interesado/a debe pagar la tarifa vigente que corresponda por acreditación de terceros – etapa I, de forma previa a la presentación de su solicitud de acreditación, tarifa que no será reembolsada al interesado en caso de rechazo de la solicitud. Este pago se podrá realizar en cualquier oficina SAG que cuente con caja receptora.

<sup>1</sup> En Anexo N° 1 se entrega diagrama de flujo del proceso de acreditación que se describe en este capítulo.

<sup>2</sup> La tarifa de acreditación de terceros- etapa I, se refiere a aquella que se debe cancelar por concepto de postulación a la acreditación, y debe ser cancelada por todas aquellas personas que deseen ingresar solicitudes de acreditación.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

El formulario solicitud de acreditación debe ser presentado adjuntando la siguiente documentación:

#### **A. Dossier Legal**

- i) Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados o del Rol Único Tributario del postulante, según se trate de persona natural o jurídica.
- ii) Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad o documento de identificación oficial para el caso de postulantes extranjeros, o del representante legal si el postulante es persona jurídica.
- iii) Copia de la personería del representante legal para actuar en nombre del postulante, si el postulante es persona jurídica.
- iv) Fotocopia de la escritura social de constitución, con sus respectivas modificaciones si las hubiere, fotocopia de la publicación de extracto respectivo cuando corresponda, y certificado de vigencia emitido por la autoridad competente, si el postulante es persona jurídica. Al momento de la postulación este certificado deberá tener una antigüedad no superior a 30 días corridos.
- v) Cuatro (4) copias del convenio de acreditación, con firma original del/la postulante o del representante legal en caso de persona jurídica.
- vi) Declaración jurada simple donde se declara que el postulante: 1) cumple con los requisitos y condiciones para postular a la acreditación, 2) no tiene causales de inhabilidad, y 3) el postulante, su representante legal si es persona jurídica, así como el(los) responsable(s) técnico(s) no tienen cónyuge o parientes que sean 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 vertical, y en caso contrario, deberán identificarlos en el mismo formulario.
- vii) Copia del comprobante de recaudación (CORE) del pago realizado por concepto de acreditación – etapa I, de acuerdo al sistema tarifario vigente.
- viii) Formulario de Autorización de Publicación de Datos de Terceros Acreditados ante el SAG para fines institucionales.

#### **B. Dossier Técnico**

- i) Formulario de identificación del/la responsable técnico y del personal que ejecutará las labores de muestreo, indicando nombre completo, cédula de identidad y firma.
- ii) Certificado de título o egreso según corresponda, profesional o técnico del/la responsable técnico y del personal identificado en el formulario referido en el punto i) precedente, en original o fotocopia legalizada.
- iii) Certificado de aprobación de curso de adiestramiento del/la responsable técnico y del personal identificado en el formulario referido en el punto i) precedente, emitido

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

por el SAG o por alguna entidad académica aceptada por éste, en original o fotocopia legalizada.

- iv) Lista de equipamiento, infraestructura y materiales que utilizará en la ejecución de las actividades fitosanitarias para las cuales solicita la acreditación.
- v) Una foto tamaño camé actualizada (sin nombre ni número de Cédula de Identidad) de cada una de las personas identificadas en el formulario referido en el punto i) precedente.
- vi) Croquis de ubicación del lugar en que se almacenarán las muestras y se mantienen los registros.

## **6.2 Revisión y Evaluación de la Solicitud de Acreditación**

Cada Director Regional encomendará a personal de su dependencia para que revise y/o evalúe cada solicitud que se reciba en su Región.

### **6.2.1 REVISIÓN DOCUMENTAL**

El funcionario a cargo de la revisión de las solicitudes deberá verificar que éstas incluyen toda la documentación solicitada en el punto 6.1 del presente Reglamento.

En caso que la solicitud de acreditación esté incompleta, se comunicará esta situación al postulante confiriéndole un plazo de quince (15) días hábiles, contados desde la fecha de la comunicación, para que complete la documentación faltante.

Si transcurrido este tiempo, el/la postulante no presenta esta documentación, el Servicio le hará devolución de la solicitud y de todos los antecedentes adjuntos. La devolución deberá realizarse por escrito, señalando el motivo y la información y/o documentación faltante que el/la postulante no presentó.

No obstante lo anterior, una persona que se encuentre en este caso podrá reingresar su solicitud sin necesidad de cancelar nuevamente la tarifa de postulación, para lo cual deberá adjuntar el CORE que certifique el pago realizado.

Todas las solicitudes de acreditación a ser reingresadas deberán hacerlo con un nuevo "formulario de solicitud de acreditación", adjuntando como antecedente adicional el formulario ingresado en la primera oportunidad.

Una vez que la solicitud es calificada como documentalente completa, pasará a la etapa de evaluación documental de los antecedentes.

### **6.2.2 EVALUACIÓN DOCUMENTAL**

La evaluación documental será realizada por personal del área técnica, en conjunto con el asesor jurídico de la Región cuando corresponda, y tendrá por finalidad verificar que el/la postulante cumpla con los requisitos definidos en el presente Reglamento.

Durante este proceso de evaluación, el SAG podrá solicitar al postulante aclaración de los antecedentes presentados, estableciendo un plazo para la respuesta.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1386 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

El resultado de esta evaluación será un informe de evaluación, que será remitido para la consideración del Director Regional SAG. Dicho informe se realizará en el mismo formulario de solicitud de acreditación, en la sección III dispuesta para ello.

### **6.2.3 RECOMENDACIÓN DIRECTOR REGIONAL**

En virtud de los informes de evaluación, el Director Regional emitirá la recomendación de aceptación o rechazo de la solicitud de acreditación, la que quedará estampada en la sección IV del mismo formulario de solicitud de acreditación.

Cuando el Director Regional determine, de manera fundada, el rechazo de la solicitud de acreditación, notificará de ello al interesado/a.

Si el Director Regional considera que el/la interesado/a cumple con los requisitos para la acreditación definidos en este Reglamento, solicitará a la Unidad de Acreditación/DIPLADES, la aprobación de dicha solicitud de acreditación, enviando:

- Una fotocopia de la solicitud de acreditación correspondiente.
- Cuatro (4) copias del convenio de acreditación con firma original del/la postulante. Si se trata de una persona jurídica, la cláusula Décimo Tercera de dicho convenio, que dice relación con la personería del/la representante legal, deberá ser redactada por un funcionario SAG con la colaboración del asesor jurídico regional.
- Una foto tipo carné del/la postulante persona natural, y en el caso de postulante persona jurídica una foto carné de cada una de las personas identificadas como ejecutores de las labores.
- Copia del formulario de identificación del/la responsable técnico y del personal, si se trata de personas jurídicas.
- Original del formulario de autorización de publicación de datos de terceros acreditados ante el SAG.

### **6.3 RESOLUCIÓN FINAL DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN**

La Unidad de Acreditación/DIPLADES resolverá en virtud de los antecedentes enviados por el (la) Director (a) Regional la acreditación del/la postulante.

Si la solicitud de acreditación es aceptada, se comunicará esta circunstancia al interesado/a, informándole además que deberá efectuar el pago de la tarifa vigente que corresponda por concepto de acreditación – etapa II<sup>3</sup>.

Una vez que el/la postulante acredite el pago de la tarifa vigente ante la Unidad de Acreditación/DIPLADES, ésta gestionará la firma del convenio de acreditación y la

---

<sup>3</sup> La tarifa de acreditación de terceros – Etapa II, se refiere a aquella que deben cancelar aquellas personas cuya solicitud de acreditación ha sido evaluada positivamente por el Servicio, a objeto de finalizar el proceso de acreditación.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

emisión de la Resolución de Acreditación y credencial(es) correspondiente(s).

Finalmente, la Unidad de Acreditación/DIPLADES enviará al (la) Director (a) Regional:

- Dos (2) copias del Convenio de Acreditación, una para ser entregada al (la) acreditado (a) y otra para el archivo regional.
- Dos (2) copias de la Resolución de Acreditación, una para ser entregada al (la) Acreditado (a) y otra para el archivo regional.
- La(s) credencial(es) del personal identificado para ejecutar las labores relativas al proceso de muestreo realizado a plántulas de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D (PPV-D).

En caso que la Unidad de Acreditación/DIPLADES determine que en virtud de los antecedentes enviados por el (la) Director (a) Regional no procede la acreditación del/la postulante, comunicará su decisión fundada al Director Regional para que éste notifique al interesado/a.

## **7 OBLIGACIONES DEL ACREDITADO**

Las personas acreditadas ante el SAG para la ejecución de labores asociadas al proceso de muestreo en el marco del control obligatorio de PPV-D, tendrán las siguientes obligaciones:

- i) Ejecutar correctamente las labores relacionadas con el proceso de muestreo en el marco del control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, conforme a los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG, en el Protocolo incorporado en el Anexo N° 5 de este Reglamento.
- ii) Proporcionar al Servicio la información y documentación, de acuerdo a la forma y los plazos que el SAG establezca, conforme a los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG en el Anexo N° 5 de este Reglamento.
- iii) Adoptar todas las medidas necesarias para mantener y cumplir las condiciones, requisitos y calidades que permitieron su acreditación.
- iv) Notificar al Servicio de cualquier evento o circunstancia de modificación o pérdida sobreviniente de una o más de las condiciones, requisitos o calidades que permitieron su acreditación, dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse producido.
- v) Ante la necesidad de realizar modificaciones en el personal, ya sea del responsable técnico o del personal que ejecuta las actividades, el tercero deberá garantizar y demostrar al SAG que el nuevo personal cumple con perfil profesional/técnico definido por el Servicio en el presente Reglamento, acompañando la documentación correspondiente. Estas modificaciones deberán ser notificadas por escrito al Director Regional dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse producido.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

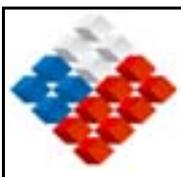
- vi) Asistir a las Jornadas de Actualización, el/ la responsables técnico y personal, que eventualmente podrá realizar el SAG o alguna entidad académica aprobada por el Servicio. De efectuarse dichas jornadas, éstas serán difundidas a través de las oficinas y sitio Web del SAG.
- vii) Facilitar la supervisión que el Servicio realice a su gestión como acreditado.
- viii) Mantener bajo estricto control y reserva la información, registros, formularios y otros antecedentes emanados del ejercicio de la actividad para la que se encuentra acreditado.
- ix) Cumplir con el presente Reglamento y sus modificaciones posteriores, así como con lo establecido en los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG, y sus modificaciones futuras.
- x) No podrá ejercer como acreditado, cuando tenga un interés directo e incompatible con la actividad para la cual fue acreditado, tal como ser el tenedor de las plantas que origina la muestra o tener alguna relación familiar hasta cuarto grado de consanguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consanguinidad o afinidad vertical con el tenedor de las plantas que origina la muestra o ser socio o representante legal en caso de personas jurídicas dedicadas a la actividad, tener un vínculo de dependencia y subordinación laboral con el tenedor de las plantas que origina la muestra, u otra que el SAG determine.
- xi) Usar la calidad de acreditado sólo en el marco de aquellas actividades para las cuales se encuentra acreditado.
- xii) Portar la credencial junto a la cédula de identidad, cada vez que se encuentre realizando actividades en el marco de la acreditación otorgada por el Servicio. El(la) representante legal de una persona jurídica acreditada y cada persona natural acreditada, responderán frente al Servicio por la utilización que haga de las credenciales el personal dependiente de ellas.

## **8 SUPERVISIÓN**

Todo tercero acreditado será supervisado por el SAG según lo establecido en Anexo N° 6. La supervisión se realizará preferentemente en los períodos en que la ejecución de la actividad fitosanitaria tiene mayor expresión.

Las Direcciones Regionales SAG correspondientes a zonas donde se ejecuten actividades para las cuales los acreditados prestan sus servicios, serán los responsables de programar y realizar las supervisiones periódicas, sin perjuicio del apoyo que puedan prestar profesionales de la División de Protección Agrícola en el desarrollo de esta acción.

Esta supervisión, podrá además realizarse de manera indirecta, a través de estudios y evaluaciones de registros documentales emanados del accionar del acreditado, a objeto de verificar que las actividades para las cuales el tercero se encuentra acreditado están

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

siendo realizadas de acuerdo a lo establecido en el presente Reglamento.

En toda acción de supervisión que realice el SAG, se emitirá un informe según formato establecido en el Anexo N° 6 del presente Reglamento. Copia de este informe deberá ser entregado al tercero acreditado que fue supervisado. El original del informe de supervisión deberá enviarse a la Dirección Regional donde el tercero postuló a la acreditación, a objeto que sea incorporado en el expediente que ahí se mantiene.

Las acciones de supervisión se efectuarán sin perjuicio de las facultades de fiscalización que tiene el Servicio.

Además, **anualmente**, los (las) Directores (as) Regionales emitirán un informe de cada acreditado, el que se elaborará en base a las acciones de supervisión realizadas durante el año. Copia de este informe será enviado a la Unidad de Acreditación/DIPLADES, para complementar la hoja de vida de cada acreditado ante el SAG y ser incluido en el Sistema de Información de los Terceros Acreditados.

## **9 MEDIDAS POR INCUMPLIMIENTO**

El Servicio tiene la facultad de aplicar medidas a los acreditados que no cumplan con lo establecido en el presente Reglamento, así como en el respectivo convenio de acreditación, de acuerdo a las estipulaciones de este último.

El Servicio podrá, por regla general, aplicar las siguientes medidas en caso de incumplimiento por parte de los acreditados: a) suspensión de la acreditación; y b) revocación de la acreditación.

No obstante lo anterior y de conformidad con lo dispuesto en la cláusula sexta del convenio de acreditación, si el SAG producto de las acciones de supervisión detecta faltas en el desempeño de un tercero acreditado que afectan negativamente el resultado del programa oficial en que se enmarca la acreditación, el SAG podrá instruir al tercero acreditado a través de una carta suscrita por un Jefe de Oficina o Director Regional, el cese inmediato de prestaciones de servicios relacionadas con el alcance de su acreditación, ante lo cual el tercero se obligará a suspender la ejecución de dichas acciones a nivel nacional y hasta que el SAG resuelva en definitiva su caso.

Las medidas señaladas se aplicarán a nivel nacional, y sin perjuicio de las sanciones que contemplan las leyes vigentes o garantías de fiel cumplimiento que el Servicio eventualmente puede exigir en los convenios de acreditación.

Las suspensiones de la acreditación durarán al menos el tiempo que requiera el acreditado para implementar las medidas correctivas y su posterior verificación por parte del Servicio.

En caso de revocación, el acreditado afecto a tal medida, quedará inhabilitado para postular nuevamente a esta acreditación, por el plazo de un (1) año contado desde la fecha en que quede ejecutoriada la resolución que establece esta medida.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1386 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

## 9.1 CAUSALES DE SUSPENSIÓN DE LA ACREDITACIÓN

- i) No cumplir con lo establecido en este Reglamento Específico, por causales distintas a las de revocación.
- ii) No proporcionar al SAG la información y documentación oficial, de acuerdo a la forma y los plazos que este determine en los métodos y procedimientos específicos señalados por el Servicio en el Protocolo incorporado en el Anexo N° 5 de este Reglamento.
- iii) Se compruebe que el tercero acreditado ha consignado antecedentes erróneos en documentos oficiales.

## 9.2 CAUSALES DE REVOCACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

- i) Negligencia en el desempeño de las funciones que forman parte del ámbito o alcance de la acreditación.
- ii) Se compruebe falsificación o adulteración de documentación oficial, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.
- iii) Exista negativa, impedimentos u obstáculos por parte del acreditado, para la realización de supervisiones por parte del Servicio.
- iv) Se compruebe que el acreditado continuó ejecutando acciones en el ámbito de su acreditación, estando ésta suspendida.
- v) No aplicar las medidas correctivas que indique un supervisor SAG y en el tiempo acordado.
- vi) Incurrir en una causal que amerite la aplicación de la medida de suspensión de la acreditación, habiendo sido sancionado por el Servicio con dos (2) suspensiones durante el período de la acreditación.
- vii) Negarse a suscribir las garantías que eventualmente exigiere el Servicio durante la vigencia del convenio o las que impongan las leyes vigentes, con el objeto de asegurar su fiel cumplimiento.
- viii) No pagar Tarifa etapa III conforme a lo dispuesto en el presente Reglamento y en el convenio de Acreditación.

## 10 PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ACREDITADO

Se perderá la calidad de acreditado en los siguientes casos:

- i) Por renuncia del acreditado.
- ii) Por revocación de la acreditación.
- iii) Por causa sobreviniente en virtud de la cual el acreditado pierde alguna de las calidades o requisitos establecidos en este Reglamento, y por las cuales le fue otorgada su calidad de tal.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

- iv) Ante la infracción de normas legales y reglamentarias asociadas a la actividad para la cual el acreditado se encuentra facultado en virtud de su acreditación.
- v) Cuando el Servicio determine excluir del Sistema Nacional de Acreditación de Terceros las actividades a que se refiere el presente Reglamento.

## **11 VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN**

La acreditación tendrá una vigencia de dos (2) años a contar de la fecha de total tramitación de la resolución de acreditación.

Sin perjuicio de lo anterior, la vigencia de la acreditación estará supeditada al pago de la tarifa etapa III por concepto de supervisión. Esta tarifa, deberá ser cancelada a más tardar el 31 de diciembre de cada año en conformidad con el sistema tarifario vigente.

Al menos sesenta días (60) previos al vencimiento de la acreditación, el acreditado deberá postular a la renovación de su acreditación, para lo cual deberá completar y presentar el formulario solicitud de renovación de la acreditación en original (Anexo N° 4), adjuntando la siguiente documentación:

- i) Fotocopia de la respectiva Resolución de Acreditación.
- ii) Certificado(s) de aprobación de los cursos de actualización que el SAG o una entidad aceptada por este haya realizado en el transcurso del período de vigencia de su acreditación, o fotocopia legalizada.
- iii) Declaración jurada simple donde el tercero acreditado declare que los antecedentes presentados al Servicio en la solicitud de acreditación previa, no han sufrido modificaciones, y en caso que se hubieran producido, éstas fueron oportunamente notificadas al SAG y cumplen con la reglamentación vigente.
- iv) Certificado de vigencia de la sociedad y certificado de vigencia de poder, emitidos por la autoridad competente, si se trata de personas jurídicas. Al momento de la presentación de la solicitud estos certificados deberán tener una antigüedad no superior a 30 días corridos.
- v) Cuatro (4) copias del convenio de acreditación para la renovación, firmadas en original por el tercero acreditado.
- vi) Fotocopia del comprobante de recaudación (CORE) del pago realizado por concepto de renovación etapa I, de acuerdo al sistema tarifario vigente.
- vii) Una foto tamaño carné de cada una de las personas identificadas como ejecutores de las labores de muestreo, incluido el/la responsable técnico, jefe de equipo y personal de apoyo. Esta(s) fotografía(s) deberá(n) ser actualizada(s).

Esta solicitud seguirá el mismo procedimiento detallado en los puntos 6.2 al 6.3 del presente Reglamento.

 <p data-bbox="375 224 630 302">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 201 1388 302"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

No obstante lo anterior, una persona cuyos antecedentes han sido devueltos por no presentar la documentación en su totalidad, podrá reingresar su solicitud de renovación siempre y cuando esté dentro del plazo de los sesenta (60) días hábiles anteriores al vencimiento de su acreditación. En este caso no tendrá que cancelar nuevamente la tarifa de renovación etapa I.

No podrán solicitar la renovación de su acreditación aquellas personas que se encuentren sancionadas con la suspensión de su acreditación, por el tiempo que ésta dure.

Si el tercero acreditado no ha presentado la solicitud de renovación y su acreditación vence encontrándose suspendido, sólo podrá solicitar el trámite como una nueva solicitud de acreditación.

En caso que la solicitud de renovación se presente fuera de plazo, deberá ser rechazada por la Dirección Regional y sólo podrá ser tramitada como una nueva solicitud de acreditación.

## **12 OTRAS CONSIDERACIONES**

- i) Los(las) Directores(as) Regionales deberán abrir un expediente de cada solicitud de acreditación que se reciba completa, en el cual se conservarán los siguientes antecedentes:
  - a. Solicitud de acreditación (original) y todos los antecedentes que ésta adjunta de acuerdo a lo solicitado en este Reglamento.
  - b. Copia del Convenio y Resolución de Acreditación.
  - c. Originales de Informes de Supervisión al tercero acreditado.
  - d. Informes de evaluación anual del desempeño realizados al acreditado.
  - e. Resoluciones de suspensión y/o revocación de la acreditación si las hubiere.
  - f. Notificaciones realizadas.
  - g. Solicitud de renovación y o ampliación de acreditación (original) si las hubiese.
  - h. Otros que el (la) Director (a) Regional estime conveniente.
- ii) Los terceros acreditados podrán solicitar copia de su Resolución de Acreditación o de la credencial, elevando una solicitud por escrito al (la) Director (a) Regional del SAG correspondiente al lugar donde desempeñan las labores y cancelando la tarifa respectiva<sup>4</sup>. Si un tercero acreditado requiere de nuevas credenciales por cambio de responsable técnico y/o del personal de terreno, junto con notificar por escrito estas modificaciones al Servicio, deberá cancelar la tarifa vigente.
- iii) El Tercero Acreditado no tiene relación de dependencia con el SAG. El SAG no asume responsabilidad por las actuaciones del tercero acreditado, incluyendo el

<sup>4</sup> Corresponde a la tarifa aplicable por concepto de emisión de documentos que no demanden una inspección del SAG, según lo dispuesto en el Decreto de Agricultura N° 142/1990.



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

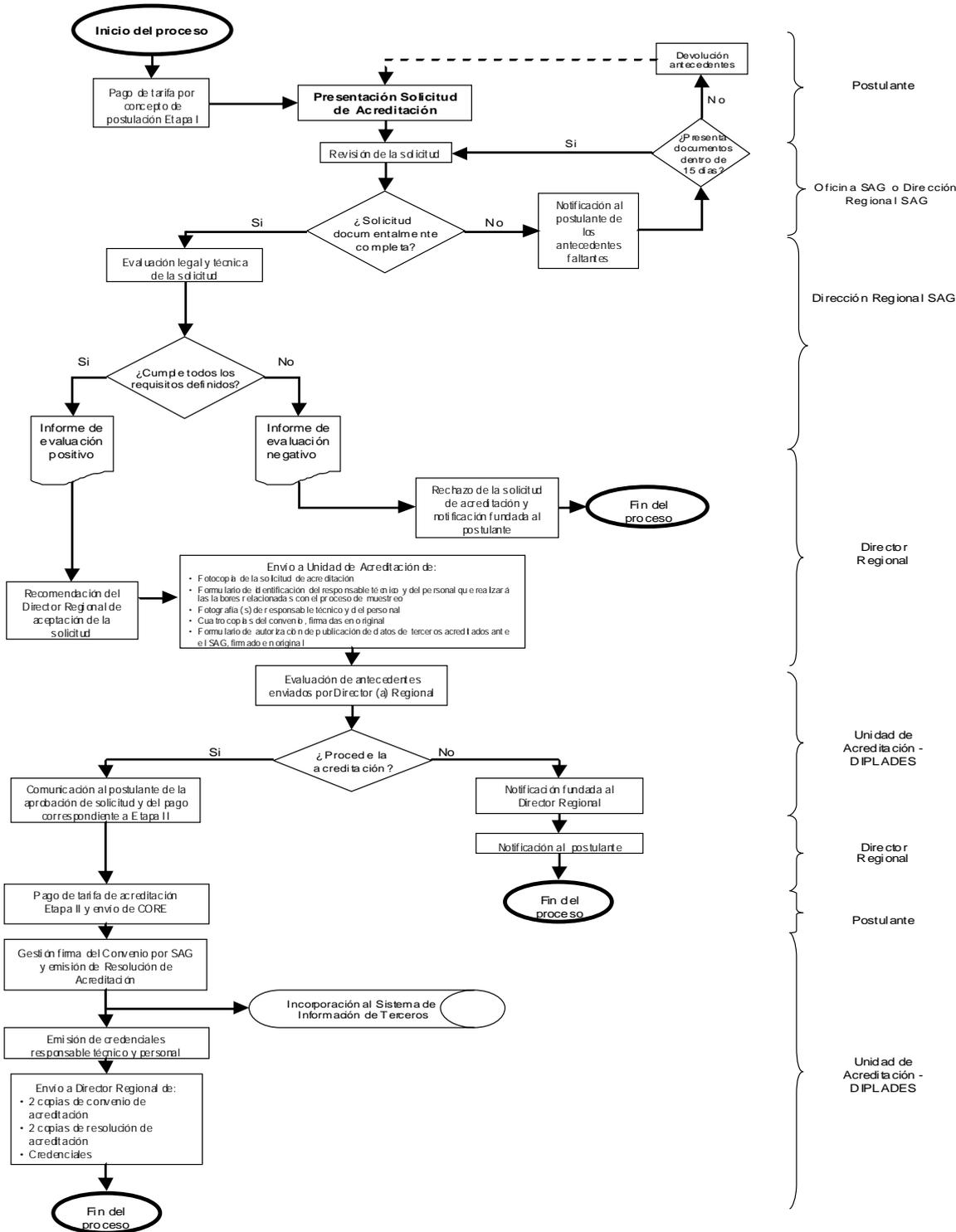
**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

caso de infracciones o sanciones que reciba Tercero Acreditado por incumplimiento de leyes de la República, sean éstas de carácter laboral, previsional, municipal u otras de cualquier naturaleza.

- iv) El diseño y la programación de los cursos de adiestramiento para la acreditación, así como aquellos de actualización, estará a cargo de la División de Protección Agrícola y el Subdepartamento de Laboratorios Agrícolas del SAG.



### Anexo Nº 1 : Diagrama de flujo del procedimiento para la acreditación de terceros



 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

## Anexo Nº 2: Formularios para postular a la acreditación para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a PPM-PPV-D

### *Formato para personas naturales.*

(Estos formatos pueden ser obtenidos para su impresión en el sitio Web [www.sag.gob.cl](http://www.sag.gob.cl))

#### **Instrucciones.**

- Todos los formularios deben ser completados con letra impresa y legible.

#### Formulario solicitud de acreditación.

1. En el primer párrafo indicar la región a la cual pertenece la oficina SAG o Dirección Regional donde será ingresada la solicitud de acreditación.
2. En la sección I del formulario completar todos los datos que se solicitan. Es imprescindible que entregar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico de contacto. Sólo el número de fax es opcional.
3. Presentar al SAG el formulario completo (3 hojas), aún cuando las secciones II, III y IV son de uso exclusivo del SAG.

#### Declaración jurada simple para la acreditación.

1. En el primer párrafo ingresar nombre completo del/la postulante, número de cédula de identidad, nacionalidad, domicilio y comuna.
2. En el punto 3 completar el espacio punteado al comienzo del párrafo, con SI o NO según corresponda
  - Si la opción es SI, completar la tabla que se presenta a continuación.
  - Si la opción es NO cruzar una línea diagonal en toda la tabla.
3. Firma del/la postulante.

#### Formulario de Autorización de Publicación de Terceros Acreditados ante el SAG

1. En el primer párrafo ingresar nombre completo y número de cédula de identidad del/la postulante.
2. En la tabla completar con una "X" según corresponda.
3. Firma del/la postulante
4. Indicar fecha.

#### Convenio de acreditación.

1. **NO complete** la fecha del convenio, como tampoco los datos referidos al Servicio Agrícola y Ganadero.
2. En los espacios en blanco del primer párrafo del convenio, a continuación de "...; y por la otra, Don(a)....." ingresar el nombre completo del postulante, título profesional o técnico, nacionalidad, estado civil, N° de cédula de identidad, domicilio y comuna.
3. No completar los espacios punteados de la cláusula décimo segunda del convenio.
4. Al final del texto del convenio, en el espacio existente sobre la frase "TERCERO ACREDITADO", escribir el nombre completo del postulante, y sobre el punteado firmar. No completar los espacios existentes para la firma del representante del SAG.



 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

*El personal de la Oficina SAG que recepcione este formulario presentado por el postulante, debe dejar constancia en la siguiente sección*

**Sección II: Recepción de la solicitud**

Fecha recepción:..... Oficina SAG.....

Nombre personal SAG que recepciona:.....

.....  
Firma personal SAG que recepciona

**Sección III: Revisión y evaluación de la solicitud**

a) Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

1. Fotocopia de cédula de identidad por ambos lados o del documento de identificación oficial para el caso de extranjeros, del postulantes.	
2. Formulario de identificación del/la responsable técnico y del personal que ejecutará las labores de muestreo en los PPM-PPV-D, indicando nombre completo, cédula de identidad y firma.	
3. Certificado de título/ egreso profesional o técnico del/la responsable técnico y del personal identificados en el formulario referido en el punto 2 precedente, o su fotocopia legalizada.	
4. Certificado de aprobación de curso de adiestramiento, emitido por el SAG o por alguna entidad académica aprobada por éste, o fotocopia legalizada, del responsable técnico y del personal de apoyo.	
5. Lista de equipamiento, infraestructura y materiales con que cuenta el postulante, y que utilizaría en la ejecución de las actividades fitosanitarias para las cuales solicita la acreditación.	
6. Declaración jurada simple donde el/la postulante declara que: 1) cumple con los requisitos y condiciones para postular a la acreditación, 2) no tiene causales de inhabilidad, y 3) no tiene cónyuge o parientes que sean 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 vertical, y en caso contrario deberá identificarlos en el mismo formulario.	
7. Formulario de Autorización de publicación de datos de terceros acreditados ante el SAG, para fines institucionales	
8. Cuatro (4) copias del convenio de acreditación, todas firmadas en original por el/la postulante.	
9. Una foto tamaño carné actualizada (sin nombre ni número de Cédula de Identidad) de cada una de las personas identificadas en el formulario referido en el punto 2.	



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

10. Croquis de ubicación del lugar que oficiará de oficina comercial.	
11. Copia del comprobante de recaudación (CORE) del pago realizado por concepto de acreditación – etapa I a la acreditación de acuerdo al sistema tarifario vigente.	





**Declaración jurada simple para la acreditación**

Por el presente instrumento, ....., Cédula de Identidad N° ..... de nacionalidad..... con domicilio en ..... Comuna de....., declaro bajo juramento:

- 1-. Cumplo con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero para ser Acreditado para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos al control obligatorio de PPV - D, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico correspondiente.
- 2-. No poseer ninguna de las inhabilidades para ser Acreditado para la realización de labores en áreas bajo control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico correspondiente, que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico mencionado anteriormente y en la legislación vigente.
- 3-. ..... tengo cónyuge y/o parientes que son funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del Servicio Agrícola y Ganadero hasta cuarto grado de consaguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consaguinidad o afinidad vertical.

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

Nombre	Parentesco	Ciudad donde se desempeña en el SAG
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Formulo la presente declaración para solicitar la acreditación ante el SAG para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D.

-----  
Firma del/la postulante

Fecha, .....

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

**Autorización de publicación de datos de terceros acreditados ante el SAG**

A través de la presente, yo ....., Cédula de Identidad N°....., y en caso de ser aceptada mi solicitud de acreditación, autorizo al Servicio Agrícola y Ganadero a publicar los datos de mi persona, que se especifican a continuación, en su Sistema de Información de Terceros Acreditados durante el período de vigencia de mi acreditación:

*(Complete con una X según corresponda)*

Datos del tercero acreditado	Autorizo a publicar:	
	SI	NO
Nº de Cédula de Identidad		
Dirección		
Dirección de oficina comercial		
Dirección de correo electrónico		
Fono		
Fax		

\_\_\_\_\_  
Firma del/la postulante

Fecha: .....

 <p data-bbox="375 224 630 302">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 201 1388 302"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

**Convenio de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a PPM-PPV-D**

En Santiago, a ..... de ..... del año ....., entre el Servicio Agrícola y Ganadero, en adelante "el SAG", persona jurídica de derecho público, RUT Nº 61.308.000-7 representado por ....., Cédula de Identidad Nº ....., ambos con domicilio en Avenida Bulnes 140 Comuna de Santiago, por una parte; y por la otra, Don (a) ....., en adelante el "Tercero Acreditado", con título de ....., de nacionalidad ....., estado civil ....., Cédula de Identidad Nº ....., con domicilio en .....Comuna de ....., se ha convenido lo siguiente:

- Primero** El presente convenio se suscribe en conformidad a lo señalado en la Resolución Exenta Nº 3678 de la Dirección Nacional del Servicio, fechada el 30 de septiembre del 2004, la cual norma el Sistema Nacional de Acreditación de Terceros, y en la Resolución Exenta Nº ....., de la Dirección Nacional del Servicio, fechada el ... de ..... del ....., que aprueba el Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D.
- Segundo** Por el presente instrumento, el Tercero acreditado se compromete a ejecutar las labores relativas al muestreo, conservación, almacenamiento y envío de muestras provenientes de plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, y despacho a laboratorios, cumpliendo con la totalidad de las disposiciones descritas en el "Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D" y en los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG, documentos que se entienden parte integrante de este Convenio.
- Tercero** El SAG podrá modificar y actualizar el Reglamento y los métodos y procedimientos específicos señalados en el punto anterior. El Tercero Acreditado se obliga a ajustar su accionar de acuerdo al texto del Reglamento que se encuentre vigente, con todas sus modificaciones
- Cuarto** El SAG podrá supervisar y evaluar el desempeño del Tercero Acreditado en la ejecución de las actividades para las cuales se encuentra acreditado, comprometiéndose este último a facilitar y cooperar en las acciones de supervisión del SAG.
- Quinto** El SAG podrá sancionar al Tercero Acreditado con la suspensión o revocación de su Acreditación, de acuerdo a las causales descritas en el "Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D".
- Sexto** Sin perjuicio de lo anterior, y si producto de las acciones de supervisión, el SAG detecta faltas en el desempeño del Tercero Acreditado que afectan negativamente el resultado del Programa Oficial asociado a su acreditación, el SAG podrá instruir al tercero acreditado a través de una carta suscrita por un(a) Jefe(a) de Oficina o Director(a) Regional, el cese inmediato de prestaciones de servicios asociadas a su acreditación, ante lo cual el Tercero Acreditado se obliga a suspender la ejecución dchas acciones a nivel nacional y hasta que el SAG resuelva en definitiva su caso.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

- Séptimo** El presente Convenio tendrá una validez de dos años a contar de la fecha de total tramitación de la Resolución que lo apuebe.
- Octavo** El Tercero Acreditado perderá tal condición de manera anticipada al término del presente convenio, ante la ocurrencia de alguna de las causales descritas para tal fin en el “Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D”, siendo causal de término inmediato del presente convenio.
- Noveno** El Tercero Acreditado se obliga a pagar la tarifa etapa III a más tardar el 31 de diciembre de cada año. En caso contrario se revocará la acreditación.
- Décimo** El Tercero Acreditado no tiene relación de dependencia con el SAG. El SAG no asume responsabilidades por las actuaciones del Tercero Acreditado, incluyendo el caso de infracciones o sanciones que reciba el Tercero Acreditado por incumplimiento de leyes de la República, sean éstas de carácter laboral, previsional, municipal u otras de cualquier naturaleza.
- Decimoprimer** El Servicio, si lo considera necesario por la naturaleza de la actividad acreditada, y con el objeto de asegurar el fiel cumplimiento de este convenio, podrá exigir garantías al Tercero Acreditado. Dichas garantías serán pactadas en documentos anexos al presente instrumento, las que deberán ser suscritas por ambas partes en señal de aprobación, considerándose desde ese momento, parte integrante del mismo. La no suscripción de dichas garantías por parte del Tercero Acreditado será causal de término inmediato del presente convenio y la pérdida de la calidad de acreditado.
- Decimosegundo** El presente instrumento se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder del Tercero Acreditado y tres en poder del SAG.
- Décimo Tercero** La personería de Don ..... para representar al Servicio Agrícola y Ganadero consta en Resolución de este Servicio N° 216 de 2005.

JEFE DIVISION PLANIFICACION Y  
DESARROLLO ESTRATEGICO  
SERVICIO AGRÍCOLA Y GANADERO

TERCERO ACREDITADO

**Formulario de identificación del responsable técnico y del personal que realizará las labores relacionadas con el proceso de muestreo de PPV-D**

Identificación del/la Responsable Técnico:

Nombre completo:.....

Nº de Cédula de Identidad:.....

-----  
Firma del/la Responsable Técnico

Identificación del personal que realizará las labores de muestreo:

Nombre completo	Nº de cédula de identidad	Cargo (Jefe/Apoyo)	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

-----  
Firma Postulante

Fecha: .....

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

### **Anexo Nº 3: Formularios para postular -a la acreditación para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos a control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D**

#### ***Formato para personas jurídicas***

(Estos formatos pueden ser obtenidos para su impresión en el sitio Web [www.sag.gob.cl](http://www.sag.gob.cl))

#### **Instrucciones.**

- Todos los formularios deben ser completados con letra imprenta y legible.

#### **Formulario solicitud de acreditación.**

1. En el primer párrafo indicar la región a la cual pertenece la Dirección Regional u oficina SAG donde será ingresada la solicitud de acreditación.
2. En la sección I del formulario completar todos los datos que se solicitan tanto de la persona jurídica como de su representante legal. Sólo el número de fax es opcional.
3. La firma debe ser del representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.
4. Presentar al SAG el formulario completo (4 hojas), aún cuando las secciones II, III y IV son de uso exclusivo del SAG.

#### **Declaración jurada simple para la acreditación.**

1. En el primer párrafo ingresar en los espacios punteados los siguientes datos en orden correlativo:
  - Nombre completo del representante legal, número de cédula de identidad, nacionalidad, domicilio y comuna del representante.
  - Razón social de la persona jurídica que postula a la acreditación, su número de RUT y domicilio con comuna.
2. En el punto 3 completar en los espacios punteados de los párrafos a, b y c, con SI o NO según corresponda.
 

Si se ingresó al menos un SI en los párrafos a, b y c, completar la tabla que se presenta a continuación.

Si en las tres opciones se ingresó NO, cruzar una línea diagonal en toda la tabla.
3. La declaración debe ser firmada por el representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.

#### **Formulario de Autorización de Publicación de Datos a través de Internet**

1. En el primer párrafo ingresar nombre completo y número de cédula de identidad del representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.
2. En la tabla completar con una "X" según corresponda.
3. Firma del representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.
4. Indicar fecha.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

Formulario de identificación del responsable técnico y del personal.

1. Ingresar los datos de identificación que se solicitan de la persona jurídica que postula a la acreditación.
2. Ingresar los datos de identificación que se solicitan de responsable técnico del postulante y su firma.
3. En la tabla que se entrega posteriormente, individualizar a cada una de las personas que ejecutarán labores relativas al muestreo, conservación, almacenamiento y envío de muestras provenientes de plantales de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, indicando su nombre completo, número de cédula de identidad y firma.  
  
Este formulario permite el ingreso de los antecedentes de veinte personas (20), en caso que sea insuficiente continuaren otra copia del mismo formulario.
4. El formulario debe ser firmado por el representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.

Convenio de acreditación.

1. **No completar** la fecha del convenio, como tampoco los datos referidos al Servicio Agrícola y Ganadero.
2. En los espacios en blanco del primer párrafo del convenio, a continuación de “...; y por la otra .....” ingresar la razón social de la persona jurídica que postula a la acreditación, su número de RUT y domicilio indicando la comuna, el nombre completo del representante legal, nacionalidad, estado civil, Nº de cédula de identidad, domicilio y comuna.
3. **No completar** los espacios punteados de la cláusula décimo tercera del convenio.
4. **No completar** la cláusula tercera del convenio. Esta información será redactada por el Servicio.
5. Al final del texto del convenio, en el espacio existente bajo la línea punteada derecha, escribir el nombre completo del representante legal y la razón social del representado. Sobre el punteado debe firmar el representante legal.
6. **No completar** los espacios existentes para la firma del representante del SAG.





 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1386 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

### **Sección III: Revisión y evaluación de la solicitud**

a) Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

1. Fotocopia del Rol Único Tributario de la persona jurídica que postula a la acreditación.	
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del representante legal o del documento de identificación oficial en caso de extranjeros.	
3. Fotocopia de la escritura social de constitución, con sus respectivas modificaciones si la hubiere.	
4. Fotocopia de la publicación de extracto de escritura social de constitución, cuando corresponda.	
5. Certificado de vigencia emitido por la autoridad competente. Al momento de la postulación este certificado deberá tener una antigüedad no superior a 30 días corridos.	
6. Documento que acredite la personería del representante legal para actuar en nombre de la persona jurídica que postula a la acreditación.	
7. Declaración jurada simple donde el/la representante legal declara que el postulante: 1) cumple con los requisitos y condiciones establecidas para postular a la acreditación de terceros para la realización de labores relativas al muestreo y envío de muestras provenientes de plántulas de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, 2) no tiene causales de inhabilidad, y 3) el propio representante legal, responsable técnico y el personal que ejecutará las actividades, no tienen cónyuges o parientes que sean 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 vertical, y en caso contrario deberá identificarlos en el mismo formulario.	
8. Formulario de identificación del/la responsable técnico y del personal que ejecutará las labores relativas al muestreo, conservación, almacenamiento y envío de muestras provenientes de plántulas de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, indicando nombre completo, cédula de identidad y firma.	
9. Certificado de título del/la responsable técnico y del personal que ejecutará las labores relativas al muestreo, conservación, almacenamiento y envío de muestras provenientes de plántulas de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D identificado en el formulario anterior, o copia legalizada del mismo.	
10. Certificado de aprobación de curso de adiestramiento del/la responsable técnico y personal identificado en el formulario, emitido por el SAG o por alguna entidad académica aprobada por éste, en original o fotocopia legalizada.	
11. Croquis de ubicación del lugar que oficiará de oficina comercial.	
12. Listado de equipos y materiales con que cuenta la persona jurídica que postula a la acreditación, y que utilizará en la ejecución de las actividades fitosanitarias para las cuales solicita la acreditación	
13. Formulario de autorización de publicación de datos de terceros acreditados a través de Internet, para fines institucionales.	
14. Cuatro (4) copias del convenio de acreditación, todas firmadas en original por el representante legal de la persona jurídica que postula a la acreditación.	
15. Una foto tamaño carné (sin nombre ni número de Cédula de Identidad) de cada una de las personas identificadas en el formulario respectivo.	
16. Copia del comprobante de recaudación (CORE) del pago realizado por concepto de postulación a la acreditación, de acuerdo al sistema tarifario vigente.	





**Declaración jurada simple para la acreditación PPM-PPV-D**

Por el presente instrumento, ....., Cédula de Identidad N° ..... de nacionalidad..... con domicilio en ..... Comuna de ....., en representación de ....., RUT N° ..... con domicilio en ..... Comuna de....., 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 tercero acreditado para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a de planteles de plantas madres sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico existente para tal efecto.
- 2-. La persona postulante a la que represento no posee ninguna de las inhabilidades para ser tercero acreditado para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a planteles de plantas madres sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico mencionado anteriormente y en la legislación vigente.
- 3-. a. 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 vertical.
  - b. El responsable técnico y el personal de los equipos de muestreo 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 vertical.

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

Nombre	Parentesco	Ciudad donde se desempeña en el SAG
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Formulo la presente declaración para solicitar la acreditación ante el SAG para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a planteles de plantas madres, sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D

-----  
Firma representante legal de la persona jurídica que postula

Fecha,.....

 <p><b>GOBIERNO DE CHILE</b> MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
---	---

**Autorización de publicación de datos de terceros acreditados ante el SAG**

A través de la presente, yo ....., Cédula de Identidad N°....., y en caso de ser aceptada la solicitud de acreditación de mi representado, autorizo al Servicio Agrícola y Ganadero a publicar los datos que se especifican a continuación, en su Sistema de Información de Terceros Acreditados durante el período de vigencia de mi acreditación:

*(Complete con una X según corresponda)*

Datos del tercero acreditado	Autorizo a publicar:	
	SI	NO
Nº de RUT del acreditado		
Dirección del acreditado		
Dirección de correo electrónico del acreditado		
Fono del acreditado		
Fax del acreditado		
Nombre y Nº de Cédula de Identidad del Representante Legal		
Nombre y Nº de Cédula de Identidad del Responsable Técnico		

Razón social del postulante: .....

-----  
Firma representante legal de la persona jurídica que postula

Fecha: .....

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

**Formulario de identificación del responsable técnico y del personal que realizará las labores relacionadas con el proceso de muestreo en el marco del control oficial de PPV-D**

Identificación de la persona jurídica:

Razón Social: .....

Nº de RUT: .....

Identificación del/la Responsable Técnico:

Nombre completo: .....

Nº de Cédula de Identidad: .....

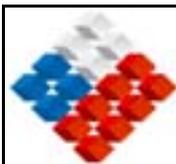
Identificación del personal que realizará las labores:

Nombre completo	Nº de cédula de identidad	Cargo (Jefe/Apoyo)	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable Técnico

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

Fecha: .....



**Convenio de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas al  
proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos control obligatorio  
de Plum Pox Virus Raza D**

En Santiago, a ..... de ..... del año ....., entre el Servicio Agrícola y Ganadero, en adelante "el SAG", persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.308.000-7 representado por ....., Cédula de Identidad N° ....., ambos con domicilio en Avenida Bulnes 140 Comuna de Santiago, por una parte; y por la otra, ....., RUT N° ..... en adelante el "Tercero Acreditado", representado por Don(a) ....., de nacionalidad ....., estado civil ....., Cédula de Identidad N° ....., con domicilio en ....., Comuna de ....., se ha convenido lo siguiente:

- Primero** El presente convenio se suscribe en conformidad a lo señalado en la Resolución N° 3678 de la Dirección Nacional del Servicio, fechada el 30 de septiembre del 2004, la cual Norma el Sistema Nacional de Acreditación de Terceros, y en la Resolución Exenta N° ....., de la Dirección Nacional del Servicio, fechada el .... de ..... del ....., que aprueba el Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos al control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D.
- Segundo** Por el presente instrumento, el Tercero Acreditado se compromete a ejecutar las labores de muestreos cumpliendo con la totalidad de las disposiciones descritas en el "Reglamento Específico de Acreditación de Terceros para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D" y en los métodos y procedimientos específicos establecidos por el SAG, documentos que se entienden parte integrante de este Convenio.
- Tercero** El SAG podrá modificar y actualizar el Reglamento y los métodos y procedimientos específicos señalados en el punto anterior. El Tercero Acreditado se obliga a ajustar su accionar de acuerdo al texto del Reglamento que se encuentre vigente, con todas sus modificaciones.
- Cuarto** El SAG podrá supervisar y evaluar el desempeño del Tercero Acreditado en la ejecución de las actividades para las cuales se encuentra acreditado, comprometiéndose este último a facilitar y cooperar en las acciones de supervisión del SAG.
- Quinto** El SAG podrá sancionar al Tercero Acreditado con la suspensión o revocación de su Acreditación, de acuerdo a las causales descritas en el "Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas al proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D".
- Sexto** Sin perjuicio de lo anterior, y si producto de las acciones de supervisión, el SAG detecta faltas en el desempeño del Tercero Acreditado que afectan negativamente el resultado del Programa Oficial asociado a su acreditación, el SAG podrá instruir al tercero acreditado a través de una carta suscrita por un(a) Jefe(a) de Oficina o Director(a) Regional, el cese inmediato de prestaciones de servicios asociadas a su acreditación, ante lo cual el Tercero Acreditado se obliga a suspender la ejecución dichas acciones a nivel nacional y hasta que el SAG resuelva en definitiva su caso.
- Séptimo** El presente Convenio tendrá una validez de dos años a contar de la fecha de total tramitación de la Resolución que lo aprueba.

- Octavo** El Tercero Acreditado perderá tal condición de manera anticipada al término del presente convenio, ante la ocurrencia de alguna de las causales descritas para tal fin en el “Reglamento Específico de acreditación de terceros para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D”, siendo causal de término inmediato del presente convenio.
- Noveno** El tercero acreditado se obliga a pagar la tarifa etapa III a más tardar el 31 de diciembre de cada año. En caso contrario se revocará la acreditación.
- Décimo** El Tercero Acreditado como sus dependientes, no tienen relación de dependencia con el SAG. El SAG deslinda responsabilidades, no respondiendo por infracciones o sanciones que reciba el Tercero Acreditado por incumplimiento de leyes de la República, sean éstas de carácter laboral, previsional, municipal u otras de cualquier naturaleza.
- Decimoprimer** El Servicio, si lo considera necesario por la naturaleza de la actividad acreditada, y con el objeto de asegurar el fiel cumplimiento de este convenio, podrá exigir garantías al Tercero Acreditado. Dichas garantías serán pactadas en documentos anexos al presente instrumento, las que deberán ser suscritas por ambas partes en señal de aprobación, considerándose desde ese momento, parte integrante del mismo. La no suscripción de dichas garantías por parte del Tercero Acreditado será causal de término inmediato del presente convenio y la pérdida de la calidad de acreditado.
- Decimosegundo** El presente instrumento se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder del Tercero Acreditado y tres en poder del SAG.
- Décimo Tercero** La personería de Don(a)..... para representar al Servicio Agrícola y Ganadero consta en Resolución de este Servicio N° 216 de 2005.
- Décimo cuarto** La personería de Don(a)..... para representar al Tercero Acreditado consta en .....

JEFE DIVISIÓN PLANIFICACIÓN Y  
DESARROLLO ESTRATÉGICO  
SERVICIO AGRÍCOLA Y GANADERO

REPRESENTANTE LEGAL  
RAZÓN SOCIAL PERSONA JURÍDICA

 <p data-bbox="375 224 630 302">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 201 1388 302"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

## **Anexo Nº 4: Formularios para postular a la renovación de la acreditación.**

(Estos formatos pueden ser obtenidos para su impresión en el sitio web [www.sag.cl](http://www.sag.cl))

### **Instrucciones.**

- Todos los formularios deben ser completados con letra impresa y legible.

### **Formulario solicitud de renovación de acreditación.**

1. En el primer párrafo indicar la región a la cual pertenece la oficina SAG donde será ingresada la solicitud de acreditación.
2. En la sección I del formulario completar los datos que se solicitan del/la postulante.
3. Presentar al SAG el formulario completo (3 hojas), aún cuando las secciones II, III y IV son de uso exclusivo del SAG.

### **Declaración jurada simple.**

1. Completar el primer párrafo con el nombre completo razón social del/la postulante, su número de cédula de identidad, o RUT, nacionalidad, domicilio y comuna.
2. Posteriormente marcar con una X en la alternativa que corresponda entre las dos opciones que se dan.
3. La declaración debe ser firmada por el/la postulante, o su representante legal tratándose de personas jurídicas.

### **Convenio de acreditación para la renovación.**

Se deberá completar el modelo de convenio que corresponda según se trate de un tercero acreditado persona natural o persona jurídica, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

1. **No completar** la fecha del convenio, como tampoco los datos referidos al Servicio Agrícola y Ganadero.
2. En los espacios en blanco del primer párrafo del convenio, a continuación de "...; y por la otra ....." ingresar el nombre o razón social del tercero acreditado, su número de cédula de identidad o RUT y domicilio indicando la comuna, y demás datos que correspondan.
3. **No completar** los espacios punteados de la cláusula décimo segunda del convenio.
4. En caso de ser tercero acreditado persona jurídica, no completar la cláusula décimo tercera del convenio. Esta información será redactada por el Servicio.
5. Al final del texto del convenio, en el espacio existente bajo la línea punteada derecha, escribir el nombre completo del representante legal y la razón social del representado. Sobre el punteado debe firmar el representante legal.
6. **No completar** los espacios existentes para la firma del representante del SAG.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

**Formulario solicitud de renovación de la acreditación**

Señor(a) Director(a) Regional del Servicio Agrícola y Ganadero de la....., el/la suscrito/a que más abajo se identifica, viene a presentar a Ud. para su tramitación, Solicitud de renovación de acreditación para la realización de labores relacionadas con el proceso de muestreo dirigido a plantales de plantas madres, sujetos control obligatorio de Plum Pox Virus Raza D:

**Sección I: Identificación del postulante**

Nombre/Razón social del tercero acreditado:.....

Nº de CI / RUT del tercero acreditado:.....

Nombre Representante legal (si procede):.....

Nº de C.I. del representante legal (si procede): .....

Sexo:-Hombre..... -Mujer.....

E-mail: .....

-----  
Firma del tercero acreditado o de su representante legal

**Sección II: Recepción de la solicitud**

Fecha recepción:..... Oficina SAG.....

Nombre personal SAG que recepciona:.....

-----  
Firma personal SAG que recepciona

*Este formulario consta de tres (3) hojas, y debe ser presentado completo, aún cuando las secciones II, III y IV son de uso exclusivo del Servicio Agrícola y Ganadero.*

*El personal de la Oficina SAG que recepcione este formulario presentado por el postulante, debe dejar constancia en la siguiente sección.*

**Sección III: Revisión y evaluación de la solicitud**

a) Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

1. Fotocopia de resolución de acreditación vigente del solicitante.	
2. Certificado/s de aprobación de los cursos de actualización realizados por el SAG en el transcurso del periodo de vigencia de su acreditación, o fotocopia legalizada.	
3. Declaración jurada simple donde el tercero acreditado o su representante legal (si se trata de persona jurídica) declare que los antecedentes presentados al Servicio en la solicitud de acreditación previa, no han sufrido modificaciones, y en caso que se hubieran producido, éstas fueron oportunamente notificadas al SAG y que cumple la normativa vigente.	
4. Certificado de vigencia de la sociedad y certificado de vigencia de poder, emitidos por la autoridad competente, si se trata de personas jurídicas. Al momento de la presentación de la solicitud estos certificados deberán tener una antigüedad no superior a 30 días corridos.	
5. Cuatro (4) copias de convenios de acreditación firmadas en original por el tercero acreditado o su representante legal si se trata de personas jurídicas.	
6. Copia del comprobante de recaudación (CORE) del pago realizado por concepto de renovación de la acreditación, de acuerdo al sistema tarifario vigente.	
7. Una foto tamaño carné de cada una de las personas identificadas como ejecutores de las labores de muestreo, incluido el/la responsable técnico, jefe de equipo y personal de apoyo. Esta(s) fotografía(s) deberá(n) ser actualizada(s).	

b) La solicitud ..... está completa, firmada por el/la postulante y adjunta toda la documentación. *(Completar SÍ o NO, según corresponda)*

<p data-bbox="183 1288 730 1317">En caso que el resultado de la letra b) sea NO:</p> <p data-bbox="276 1330 839 1359">Indicar los antecedentes o información faltantes:</p> <p data-bbox="276 1391 1394 1585">..... ..... ..... ..... .....</p> <p data-bbox="276 1606 1182 1635">Nombre personal SAG que notifica al postulante de la documentación faltante:</p> <p data-bbox="276 1675 1394 1697">.....</p> <p data-bbox="608 1787 986 1816">..... Firma personal SAG que notifica</p> <p data-bbox="276 1830 975 1859">Fecha de notificación:.....</p>
--



 <p>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	---

**Declaración jurada simple para renovación acreditación**

Por el presente instrumento, ....., Cédula de Identidad N°  
 ..... de nacionalidad..... con domicilio en  
 ..... Comuna de  
 .....en representación de (sólo si  
 procede).....  
 ...RUT N°....., declaro bajo juramento que los antecedentes presentados al Servicio Agrícola y Ganadero en solicitud de acreditación previa:

- 1- ..... No han sufrido modificaciones.
- 2- ..... Han tenido modificaciones, y éstas fueron oportunamente notificadas al SAG Y cumple la normativa vigente.

Formulo la presente declaración para solicitar al SAG la renovación de mi acreditación.

-----  
 Firma postulante o de su representante legal

Fecha,.....

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

## Anexo Nº 5: Protocolo Anual De Muestreo en el Marco del Control Oficial de PPV-D

(Estos documentos puede ser obtenido para su impresión en el sitio web [www.sag.gob.cl](http://www.sag.gob.cl))

### 1. ANTECEDENTES PRELIMINARES:

El Servicio Agrícola y Ganadero publicará en el sitio Web, la lista de terceros acreditados vigentes para las acciones que desarrollan en el ámbito del presente Reglamento.

El propietario del PPM- PPV- D deberá incluir en la Declaración De Muestreo los nombres de los terceros acreditados para las actividades relacionadas con la toma de muestra y el diagnóstico del virus. El Servicio deberá validar dichos antecedentes.

El tercero acreditado deberá proceder a llevar a cabo las actividades asociadas a la toma de muestra en base a los antecedentes incluidos en la Declaración De Muestreo, autorizada por el Servicio y proporcionada por el propietario del plantel. Este último podrá omitir los antecedentes relativos a la variedad, para lo cual sólo podrá proceder a tachar dichos antecedentes incluidos en la columna respectiva.

### 2. MATERIALES, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURA

El tercero acreditado deberá contar al menos con los siguientes materiales, equipos e infraestructura para el muestreo:

- Bolsas plásticas 25 X 15 cm.
- Bolsas plásticas 50 X 75 cm.
- Plumón indeleble
- Papel absorbente
- Corchetera / corchetes
- Caja Conservadora
- Ice pack activos (congelados)
- Pintura spray, indeleble, de color, de acuerdo a la temporada de muestreo
- Cinta de papel engomada de 1 cm. de ancho a lo menos
- Equipo/ instalaciones de refrigeración (de uso exclusivo)
- Termómetro verificado en punto 0, de 0 a 30 °C, con una resolución de 1°C (1 por cada equipo de muestreo, más otro adicional para registrar la temperatura de almacenamiento de las muestras)
- Equipo de telefonía móvil (1 por equipo de muestreo)
- Contar con vehículo adecuado para las labores relacionadas al muestreo.



- Equipo de fax
- Computador
- Recintos destinados a:
  - disposición de equipos o instalaciones
  - mantención de registros documentales

### 3. PERÍODO DE MUESTREO

El muestreo podrá realizarse en primavera y en otoño. En el primer caso las muestras podrán ser extraídas desde el 15 de octubre hasta el 30 de noviembre de cada año y, en el segundo, deberán ser extraídas entre el 15 y el 31 de marzo de cada año, todo ello sin perjuicio del aviso previo que el tercero acreditado debe dar al Servicio para la extracción de muestras.

### 4. PROCESO DE MUESTREO

#### 4.1. CONDICIONES PREVIAS

El tercero acreditado previo al inicio de las actividades propiamente tal, deberá dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

- Informar a la(s) Dirección(es) Regional(es) en cuya jurisdicción se encuentre(n) ubicado(s) el lugar en que se almacenarán las muestras y registros del tercero acreditado y los PPM-PPV-D sujetos a muestreo acerca de la **calendarización** de esta actividad: El responsable técnico, designado por el tercero acreditado, deberá enviar o presentar al SAG, cinco días hábiles antes del inicio del período de muestreo, una lista de los PPM- PPV- D que serán muestreados por éste, indicando el calendario de muestreo que desarrollará durante el período. En el numeral 12.4 de este anexo se entrega el formato de este documento y las instrucciones para ser llenado y enviado.
- **Programar** que las actividades de muestreo se desarrollen de acuerdo a los lineamientos entregados por el Servicio.
- Informar a la Oficina SAG, en cuya jurisdicción se encuentre ubicado el plantel sujeto a muestreo, las actividades de muestreo a realizar durante la **jornada siguiente**. Esta información debe ser enviada por Fax/ Correo electrónico con a lo menos 24 horas hábiles de antelación y en horario de oficina, de acuerdo al formato establecido en el numeral 12.5 de este Anexo.

 <p data-bbox="379 230 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 210 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

- Informar **lugar de almacenamiento y mantención de registros.**
- Mantener archivos documentales, por a lo menos **5 años**, de todos los registros relativos a la toma de muestra realizada.
- Desarrollar las actividades de muestreo, propiamente tal, de lunes a viernes, excluidos festivos, y con luz natural.

#### 4.2. CONDICIONES EN TERRENO

Para llevar a cabo el muestreo dirigido a PPM- PPV-D el tercero acreditado deberá velar porque en el Plantel, Planta Madre y Muestra se cumpla con las siguientes condiciones. En caso de verificar alguna no conformidad se deberá proceder a rechazar el Plantel o la planta según corresponda, siguiendo el procedimiento señalado en el numeral 4.3. de este anexo.

- En el Plantel
  - El PPM deberá estar con todas las condiciones que permitan realizar las labores asociadas al proceso de muestreo, permitiendo el libre desplazamiento del equipo muestreador (hacia el plantel y dentro de éste), así como un acceso integral a la planta que será sometida a muestreo, de manera de facilitar su identificación, marcaje y extracción de la muestra de acuerdo a las disposiciones establecidas por el SAG.
  - No se deberá ingresar a un PPM en el cual se estén realizando aplicaciones de plaguicidas o se encuentre dentro del periodo de reingreso de éstos.
- En la Planta Madre
  - Debe estar incluida en la Declaración De Muestreo y autorizada por el SAG.
  - Debe corresponder a la especie, variedad (si esta información se encuentra incluida en la declaración) y ubicación, indicada en la Declaración De Muestreo, autorizada por el SAG.
  - Debe estar identificada a través de una señalética ubicada en el eje central de la planta y debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo
  - Debe encontrarse en el segundo período de crecimiento activo, considerado a partir de la fecha de injertación.
  - Debe estar libre de problemas fitosanitarios evidentes que puedan ser transmitidos por material de propagación (excluyendo los asociados a virus).
  - Debe disponer del crecimiento vegetativo suficiente para conformar la muestra, de acuerdo a la pauta de muestreo establecida por el SAG.
- En la Muestra
  - Debe estar libre de problemas fitosanitarios (artrópodos, hongos, bacterias) exceptuando las que presenten sintomatología asociada a presencia de virus.

### 4.3. RECHAZO

El jefe del equipo de muestreo debe proceder al rechazo del plantel/ planta madre en el caso de detectar alguna no conformidad a las condiciones descritas en el numeral anterior. Según el tipo de no conformidad el jefe de equipo podrá definir una de las siguientes categorías de rechazo:

**Rechazo Pendiente:** son todos aquellos rechazos susceptibles de ser muestreados en una segunda oportunidad, éste se encontrará determinado porque el problema que ocasionó el primer rechazo pueda ser solucionado durante el período que media entre una visita y la siguiente, y por la disponibilidad de tiempo del tercero acreditado, circunscrita al período de muestreo establecido por el Servicio.

**Rechazo Definitivo:** son aquellos rechazos que determinan que la planta madre no será muestreada durante el período establecido por el Servicio.

En el caso de ocurrir algún tipo de rechazo el tercero acreditado lo deberá registrar en los siguientes documentos:

- REGISTRO SEMANAL DE RECHAZOS A PPM- PPV- D: en este registro se debe informar (vía fax, vía electrónica) el avance semanal de todas las plantas madres rechazadas, a la(s) Oficina(s) SAG en cuya(s) jurisdicción(es) se hayan realizado los muestreos. Esta información debe estar a disposición del Servicio el día lunes siguiente a la semana sometida a muestreo, en horario de oficina. El formato de este documento se presenta en el numeral 12.10 de este Anexo.
- FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES PPV- D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES: Se deberá llenar este registro toda vez que una planta madre no sea muestreada, para lo cual deberá quedar inculca la condición de rechazo definitivo o rechazo pendiente, en atención a la situación que generó el rechazo y a la oportunidad de llevar a cabo un nuevo muestreo por parte del equipo muestreador. Este registro deberá ser validado con la firma del jefe del equipo de muestreo y el dueño del PPM-PPV-D. El formato de este documento se presenta en el numeral 12.7 de este Anexo.

La identificación de la planta rechazada deberá seguir el procedimiento descrito en el numeral 6.1.

## 5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Cada muestra a captar debe corresponder a una planta madre autorizada por el Servicio, en la Declaración De Muestreo (El formato de este documento se presenta en los numerales 12.1, 12.2 y 12.3 de este Anexo).

Para la realización del muestreo en cada planta, el jefe del equipo deberá proceder en primer lugar a detectar síntomas asociados a la enfermedad de Sharka; si estos se encuentran, deberá muestrear según lo indicado en el numeral 5.1; de lo contrario si la



planta no presenta síntomas, el tercero muestreador deberá coleccionar una muestra asintomática, de acuerdo a lo indicado en el numeral 5.2. del presente reglamento.

### 5.1. PLANTAS MADRES CON SINTOMATOLOGÍA PPV

Los síntomas asociados a PPV deberán ser verificados de acuerdo a la especie vegetal a muestrear y en todos los órganos vegetales susceptibles de ser afectados (si se encuentran presentes al momento del muestreo). La muestra deberá incluir la parte de la planta directamente afectada por la sintomatología (hojas, brotes o frutos, excluyendo el carozo mismo), la cual debe corresponder, de acuerdo a la parte de la planta afectada, a:

- 10 hojas
- 2 frutos
- 2 brotes de a los menos 15 cm. de largo

El órgano de la planta extraído como muestra, deberá ser ubicado en papel absorbente y seguir similar procedimiento descrito para el embalaje, conservación e identificación de la muestra coleccionada a partir de plantas madres sin sintomatología de PPV (numeral 5.2)

A continuación se presenta la sintomatología característica según especie y órgano afectado:

#### **DAMASCO**

**Follaje:** Aparecen líneas, bandas o anillos cloróticos difusos de forma y tamaño variables, que se ubican generalmente en las nervaduras secundarias o también en algunos casos en los bordes de las hojas; estos síntomas tienden a desaparecer a medida que aumenta la temperatura en verano y se distribuyen sólo en algunos brazos o ramillas del árbol. Ver las INFOFOTOS 1, 2, 3, 4.



INFOFOTO 1



INFOFOTO 2





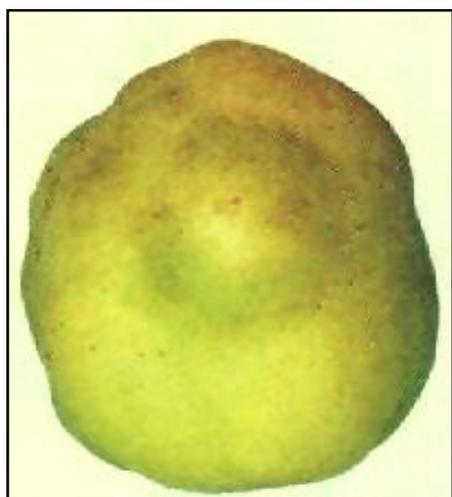
GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

#### INFOFOTO3

Frutos: Estos pueden presentar en su superficie protuberancias o depresiones circulares. La pulpa puede mostrar un aspecto corchoso y gomoso, haciendo el fruto incomedible. Caída prematura y abundante de frutos. La presencia de los síntomas en frutos aparece poco antes de la maduración. Ver INFOFOTOS 5, 6.

#### INFOFOTO4



INFOFOTO 5



INFOFOTO 6

#### Carozo:

Se presentan anillos o manchas circulares claras; esta característica sólo se observa en esta especie. No constituye muestra por sí solo. Ver INFOFOTOS 7, 8.





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

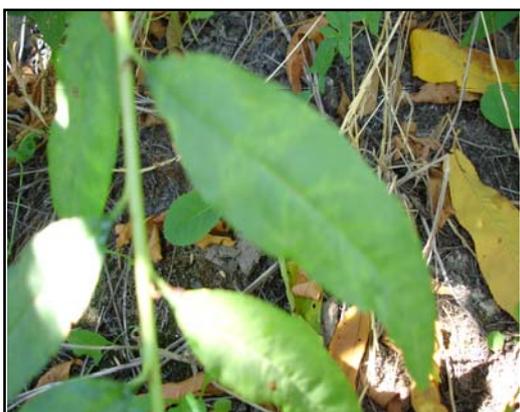
Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

INFOFOTO 7

INFOFOTO 8

### **DURAZNERO Y NECTARINO**

**Follaje:** Los síntomas en el follaje son poco evidentes y consisten en líneas o pequeñas áreas cloróticas a lo largo de la nervadura secundaria, acompañados en algunos casos con deformación de la lámina. Ver INFOFOTOS 9, 10.

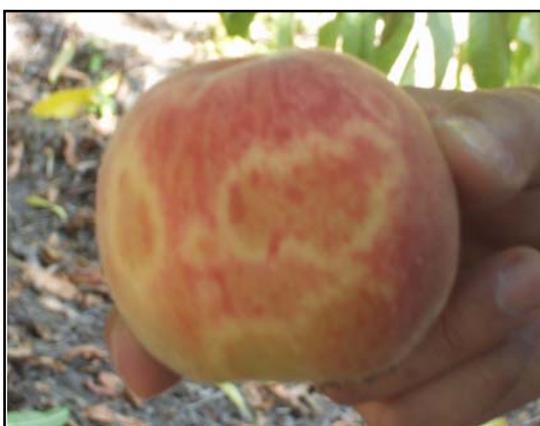


INFOFOTO 9



INFOFOTO 10

**Frutos:** En estas especies la visualización de los frutos se debe realizar durante el período a la cosecha. Los frutos muestran manchas o anillos en la piel, pero no se deforman. Las variedades de pulpa blanca presentan anillos de color blanco-verdoso y en las variedades de pulpa amarilla, éstos son de un amarillo intenso. El carozo no presenta síntomas. Ver INFOFOTOS 11, 12.





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

INFOFOTO 11

INFOFOTO 12

## **CIRUELO**

**Follaje:** Puede presentar manchas y anillos cloróticos bien delimitados en el centro y difusos hacia fuera. Los síntomas antes descritos, a diferencia del damasco, se mantienen en la temporada y abarcan toda la copa del árbol. Ver INFOFOTOS 13, 14.



INFOFOTO 13



INFOFOTO 14

**Frutos:** Los frutos externamente pueden mostrar deformaciones, que al tacto suelen ser protuberancias o surcos irregulares. Hay caída de frutos en ciruelo europeo. Muchos ciruelos japoneses presentan síntomas en hojas, pero éstos son poco frecuentes en frutos. Ver INFOFOTO 15.



 <p data-bbox="379 230 632 297">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 297"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

#### INFOFOTO 15

### 5.2. PLANTAS MADRES SIN SINTOMATOLOGÍA PPV

Atendiendo al tipo de especie a muestrear, se captará el siguiente tipo de material vegetal, en ausencia de síntomas asociados a PPV:

#### Hojas:

Para las especies de duraznero, nectarino y damasco, e híbridos interespecíficos de estos. Las especificaciones de este tipo de muestra vegetal, serán:

- 10 hojas completamente expandidas y de crecimiento del año, para duraznero y nectarino (INFOFOTO 16); y para el caso de damasco 10 hojas completamente expandidas provenientes de dardos.
- El tejido colectado deberá presentar crecimiento activo y sin signos de senescencia.



INFOFOTO 16

- Sin presencia de problemas fitosanitarios (artrópodos, hongos, bacterias)
- Colectadas alrededor de la canopia del árbol, tomándose de la zona media e interior de cada rama de éste (INFOFOTO 17).



INFOFOTO 17

- Las 10 hojas colectadas deben ser dispuestas una sobre otra, completamente expandidas y ubicadas en papel absorbente, de forma tal que éste las envuelva completamente. No se deben plegar las hojas u ocasionarles algún daño físico, que rompa el tejido de las mismas (INFOFOTOS 18, 19, 20 y 21).



INFOFOTO 18



INFOFOTO 19



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D



INFOFOTO 20



INFOFOTO 21

### **Brotos:**

Para especie ciruelo e híbridos interespecíficos que incluyan ciruelo.

Las características que deberán cumplir este tipo de material vegetal, serán:

- 4 brotes no lignificados de 15 cm. de largo.
- El tejido colectado deberá presentar crecimiento activo y sin signos de senescencia.
- Sin presencia de problemas fitosanitarios (artrópodos, hongos, bacterias)
- Colectadas de las 4 exposiciones de la canopia del árbol, tomándose de la zona media e interior de cada rama de éste.
- Los brotes deben ser colocados en papel absorbente, de forma tal que éste los envuelva completamente. Se debe evitar el rompimiento de los tejidos colectados.

## **6. IDENTIFICACIÓN**

### **6.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS PLANTAS MADRES:**

La Planta Madre, que haya sido muestreada, deberá ser marcada con pintura indeleble ubicada en el eje central de la planta a una altura mínima de 20 cm. La marca deberá rodear toda la circunferencia del eje central de la planta y deberá ser de una dimensión que permita la fácil identificación de la planta muestreada. Los colores que deberán ser utilizados se encontrarán asociados al año de muestreo, estas marcas deberán ubicarse inmediatamente arriba de la última marca del año de muestreo anterior, por un período de 5 temporadas de muestreo, fecha a partir de la cual se cubrirá el primer segmento coloreado. Bajo ninguna condición se deberá borrar la pintura que corresponda a la última temporada de muestreo o rechazo

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

TEMPORADA	COLOR	RECHAZO
2006/ 2007	BLANCO	ROJO
2007/ 2008	AZUL	ROJO
2008/ 2009	AMARILLO	ROJO
2009/ 2010	VERDE	ROJO
2010/ 2011	NARANJO	ROJO
PROXIMAS TEMPORADAS	SE VUELVE A REPETIR LA SECUENCIA	ROJO

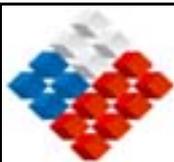
Las plantas madres que no puedan ser muestreadas, deberán ser identificadas de acuerdo al tipo de rechazo como:

Rechazo pendiente: será identificada con una cinta de papel engomada, en cuya superficie se colocará pendiente, utilizando plumón permanente. Su situación definitiva deberá ser identificada a través de la marca de pintura en el eje central de la planta.

Rechazo definitivo: será identificada con pintura de color rojo, siguiendo el mismo procedimiento descrito en el párrafo anterior. Si la condición final de la planta madre declarada es rechazo definitivo deberá marcarse con pintura de color rojo arriba de la última marca realizada la temporada anterior.

## 6.2. IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA

- Las muestras ya envueltas en el papel absorbente, deben ser colocadas en bolsas plásticas rotuladas, usando plumón indeleble, registrando el mismo código con el que se encuentra identificada la planta madre que le dio origen (INFOFOTO 22 y 23).



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D



INFOFOTO 22



INFOFOTO 23

## 7. CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA

Las muestras colectadas, debidamente embolsadas e identificadas, deben ser inmediatamente ubicadas en cajas conservadoras, con una cantidad adecuada de ice-pack activos (congelados) (INFOFOTO 24), manteniendo siempre la condición de no ser comprimidas, ni plegadas para que los tejidos vegetales de las muestras no sufran ningún tipo de deterioro.



INFOFOTO 24

Las muestras deben permanecer en las cajas conservadoras el menor tiempo posible y con una temperatura interior no mayor a 25° C.

## 8. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN



Cada planta madre muestreada debe quedar consignada en la FICHA MUESTREO PLANTAS MADRES PPV-D PLANTEL PLANTAS MADRES (numeral 12.6 del presente anexo), la cual deberá incluir todos los antecedentes relativos a la identificación de la planta madre y a su localización espacial dentro del plantel.

Los muestreos realizados semanalmente deben ser informados (vía fax o electrónica) a la(s) Oficina(s) SAG en cuya(s) jurisdicción(es) se hallan realizado los muestreos, a través del REGISTRO SEMANAL DE MUESTREO A PPM-PPV-D (conforme al formato establecido en el numeral 12.9 de este anexo). Esta información debe estar a disposición del Servicio el primer día hábil de la semana siguiente sometida a muestreo, en horario de oficina.

## 9. ALMACENAMIENTO DE LAS MUESTRAS

Las muestras colectadas podrán ser almacenadas en equipos o instalaciones de refrigeración, cuyo rango de temperatura oscile en 3 a 8 °C (INFOFOTO 25). El tiempo máximo que debe transcurrir desde que son colectadas hasta su recepción por el laboratorio, no debe superar las 72 horas, siempre y cuando no se rompa la cadena de frío.

Durante el período en que las muestras se encuentren almacenadas, en el equipo/ instalación de frío, debe registrarse las temperaturas máximas y mínimas diariamente, en la PLANILLA REGISTRO DE TEMPERATURA/ ALMACENAJE (el formato de esta planilla se presenta en el numeral 12.10 de este anexo).



INFOFOTO 25

Las muestras captadas en una jornada de trabajo y que provengan de un PPM-PPV-D, deberán ser ubicadas en una bolsa plástica de 50 x 75 cm., en cuyo exterior se deberá registrar con plumón indeleble el rango de códigos que ésta contiene, debiendo incluir la variedad si se encuentra esa información disponible. Si el número de muestras es superior al que puede contener ésta bolsa, sin que las muestras resulten dañadas,

 <p>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	--

deberán ser colocadas en un número suficiente de bolsas en atención a su número e integridad física (INFOFOTO 26).



INFOFOTO 26

## 10. ENVÍO DE MUESTRA A LABORATORIOS ACREDITADOS E INFORMACIÓN ASOCIADA

Las muestras que vayan a ser despachadas a un laboratorio acreditado, independiente que hayan pasado por un período de almacenaje, deben ser colocadas y trasladadas dentro de cajas conservadoras, con ice pack activos (congelados), de manera que siempre se mantengan las condiciones de frío indicadas en el numeral 7 de este Anexo. El traslado de las muestras debe ser realizado por el tercero acreditado.

Cada envío debe ser respaldado con el PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV, en cuadruplicado (original SAG, 1ª copia tercero acreditado muestreador y 2ª copia tercero acreditado laboratorio). El formato de este protocolo se presenta en el numeral 12.8 de este anexo. No obstante lo anterior, eventualmente, el Servicio podría incorporar documentos anexos o aclaratorios para el diagnóstico, los que el muestreador deberá transportar hasta el laboratorio junto a las muestras y a los PROTOCOLOS TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV. En tal caso, esos documentos serán dados a conocer a través de inducciones técnicas a los terceros muestreadores.

Las muestras contenidas en **una caja** conservadora serán respaldadas por **un protocolo** específico. En éste deberá quedar consignada la entrega de las muestras al laboratorio acreditado y su estado de conservación a través de las firmas de los terceros acreditados involucrados.

Cuando las muestras sean rechazadas por el laboratorio acreditado a causa de una no conformidad al momento de la recepción, se le entregará una copia de la documentación acompañante, consignando dicha situación. El tercero acreditado muestreador deberá proceder al remuestreo, para lo cual deberá ajustarse al procedimiento especificado en este Reglamento.

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

En caso que el laboratorio detecte muestras no aptas para el análisis, le informará vía fax o correo electrónico al tercero muestreador con el objeto de analizar la factibilidad del remuestreo.

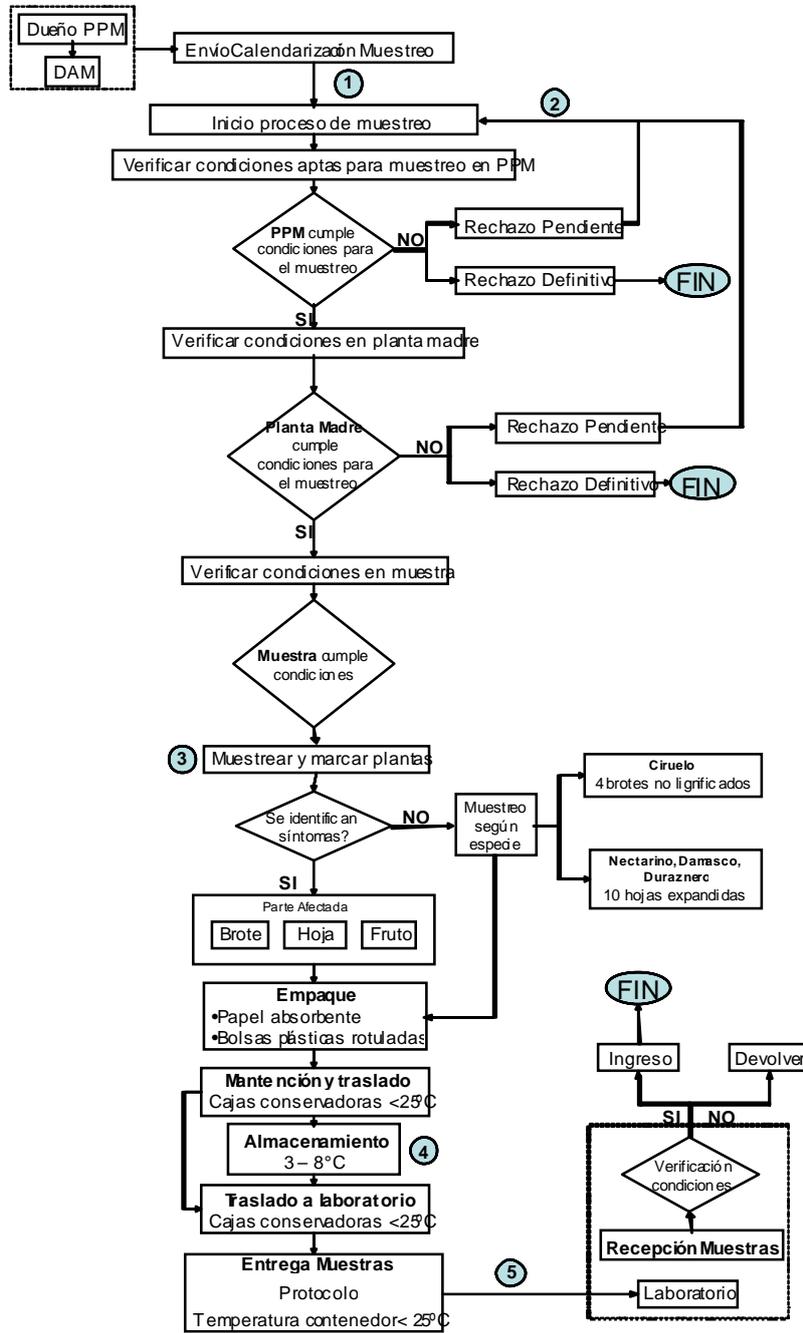
Adicionalmente, el responsable técnico, deberá enviar semanalmente, vía fax o correo electrónico, el resumen de las muestras efectivamente enviadas y recepcionadas por el laboratorio acreditado, seleccionado por el propietario del PPM-PPV-D (REGISTRO SEMANAL DE ENVÍOS DE MUESTRAS DE PPM- PPV- D A LABORATORIOS ACREDITADOS, numeral 12.11 de este anexo). Esta información deberá ser remitida a las Oficina SAG en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM-PPV-D y al Departamento de Laboratorios del SAG.

Los PROTOCOLOS TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV, que sean anulados deberán ser archivados, en las dependencias del tercero acreditado, y deberán ser informados al término de la temporada de muestreo respectiva en el INFORME FOLIOS DE PROTOCOLOS DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV, cuyo formato se presenta en el numeral 12.14 de este anexo.

A continuación se presenta el diagrama de flujo del proceso de muestreo y labores asociadas.



Diagrama de Flujo proceso de muestreo y labores asociadas



**Registros:** 1: Aviso de toma de muestra; 2: Registro semanal de rechazo; 3 : Registro semanal de muestreo; 4: Planilla registro temperatura 5: Registro semanal de envío

## 11. INFORME FINAL DE LOS PLANTELES MUESTREADOS Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Una vez que en el PPM-PPV-D se ha completado el proceso de muestreo, por parte del tercero acreditado, el responsable técnico deberá enviar a la Oficina SAG correspondiente, un Informe Final que resuma las acciones llevadas a cabo por el tercero acreditado muestreador y la situación definitiva del plantel; dentro de los 15 días siguientes a la finalización de los muestreos en cada uno de los PPM- PPV-D. El traspaso de esta información deberá ser como base datos contenida en CD y registro documental.

De este modo, al término de la temporada de muestreo se deberá hacer llegar de los siguientes documentos en la forma descrita en el párrafo anterior:

- INFORME FINAL MUESTREO PPM-PPV-D (VER ANEXO 12. )
- INFORME FOLIOS DE PROTOCOLOS DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV, el cual entrega información relativa a los folios utilizados por el tercero acreditado muestreador, incluyendo los no recepcionados por el laboratorio acreditado y los anulados por mal emitidos.
- FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES -PPV-D/PLANTELES MADRES
- PLANLLA REGISTRO TEMPERATURA/ ALMACENAJE, de todo el período de muestreo.

Por otra parte, todos los registros que se utilicen deberán seguir los formatos establecidos por el Servicio en este Reglamento y deberán ser mantenidos por el tercero acreditado, en la dirección previamente informada al SAG en la solicitud de acreditación, por un período no inferior a 5 años. Lo anterior sin perjuicio que estos registros hayan sido enviados a la Oficina SAG correspondiente, en las fechas especificadas para cada documento.

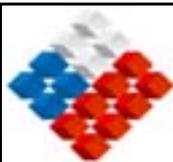
Los registros serán:

- CALENDARIZACIÓN MUESTREO A PPM- PPV- D (Formato en numeral 12.4 de este Anexo)
- AVISO TOMA DE MUESTRA A PPM- PPV- D (Formato en numeral 12.5 de este Anexo)
- FICHA MUESTREO PLANTAS MADRES PPV- D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES (Formato en numeral 12.6 de este Anexo)
- FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES PPV-D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES (Formato en numeral 12.7 de este Anexo)
- PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV (Formato en numeral 12.8 de este Anexo)
- REGISTRO SEMANAL MUESTREO A PPM- PPV- D (Formato en numeral 12.9 de este Anexo)



- REGISTRO SEMANAL RECHAZOS A PPM- PPV- D (Formato en numeral 12.10 de este Anexo)
- REGISTRO SEMANAL ENVIOS DE MUESTRAS DE PPM- PPV- D A LABORATORIOS ACREDITADOS (Formato en numeral 12.11 de este Anexo)
- PLANILLA REGISTRO TEMPERATURA/ ALMACENAJE (Formato en numeral 12.12 de este Anexo)
- INFORME FINAL MUESTREO A PPM-PPV-D (Formato en numeral 12.13 de este Anexo)
- INFORME FOLIOS DE PROTOCOLOS DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV (FORMATO EN numeral 12.14 de este Anexo) FORMATO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

A continuación se presentan los formatos de documentos y registros que deberán utilizar en el marco de la actividad de muestreo.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.1 DECLARACION DE MUESTREO ANUAL A PPM- PPV- D**



**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**



**DECLARACION DE MUESTREO ANUAL DE PPM- PPV, RAZA D**

TEMPORADA : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PPM  (\*) HUERTO  (\*)

USO EXCLUSIVO SAG	
FOLIO N°	
Fecha recepción	
Fund orario SAG recepción	
Fund orario SAG revisor	

REGION

OFICINA

A. Antecedentes del Plante			
Nombre plante			
Registro SAG			
Región	Comuna		
Nombre(s) Propietario(s) plante	Fono		
Nombre Contraparte técnica	Fono		
Fax			
E-Mail			
Nombre(s) Vivero(s)			
Registro SAG			
Región	Comuna		
Fecha declaración			

SOLO SE DEBEN DECLARAR LAS PLANTAS MADRES QUE:  
 \* SE ENCUENTREN EN EL SEGUNDO PERIODO DE CRECIMIENTO ACTIVO  
 \* SE ENCUENTREN FITOSANITARIAMENTE APTAS  
 \* DISPONGAN DE SEÑALÉTICA

B. Antecedentes Huerto (sólo para declaraciones que incluyan plantas en huertos)			
Nombre del pedio			
N° Rol SI			
Propietario	Fono		
Región	Comuna		
Arrendatario	Fono		
Nombre propietario/cuartel/sector			
Coordenadas UTM (Datum WGS 84)			

C. Tercero Acreditado Toma de Muestra	
Nombre Tercero Acreditado	
Nombre Responsable Técnico	
Dirección Comercial	
Fono/ Fax	E-mail
Firma Tercero Acreditado	

D. Tercero Acreditado Laboratorio	
Nombre Tercero Acreditado	
Nombre Responsable Técnico	
Dirección Comercial	
Fono/ Fax	E-mail
Firma Tercero Acreditado	

ESTA DECLARACION, SOLO SERÁ VALIDADA SI ES ACOMPAÑADA POR:

- A. PPM: CROQUIS DE LA DISPOSICION ESPECIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS MADRES DECLARADAS DENTRO DEL PPM- PPV-D
- B. HUERTO: AUTORIZACIÓN DE MUESTREO PROPIETARIO PREDIO  
 CROQUIS PARA ACCEDER A HUERTO DECLARADO Y DISPOSICION ESPACIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS INCLUIDAS EN LA DECLARACION

(\*) Se deberá llenar en formularios de declaración independiente las plantas ubicadas en PPM y huerto.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D

\_\_\_\_\_  
 FIRMA PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D





CROQUIS DISPOSICIÓN ESPECIAL PLANTAS MADRES EN PPM- PPV

FECHA		NUMERO HILER A							
		1	2	3	4	5	6	7	8
N U M E R O P L A N T A	1	Especie-Variiedad (*)							
	2	Especie-Variiedad (*)							
	3	Especie-Variiedad (*)							
	4	Especie-Variiedad (*)							
	5	Especie-Variiedad (*)							
	6	Especie-Variiedad (*)							
	7	Especie-Variiedad (*)							
	8	Especie-Variiedad (*)							
	9	Especie-Variiedad (*)							
	10	Especie-Variiedad (*)							
	11	Especie-Variiedad (*)							
	12	Especie-Variiedad (*)							
	13	Especie-Variiedad (*)							
	14	Especie-Variiedad (*)							
	15	Especie-Variiedad (*)							
	16	Especie-Variiedad (*)							
	17	Especie-Variiedad (*)							
	18	Especie-Variiedad (*)							
	19	Especie-Variiedad (*)							
	20	Especie-Variiedad (*)							

(\*)

Señalar nombre de la:	ESPECIE	DU	DA	NE	CI
	VARIEDAD	Ej: Pomona	Dina	Río	La roda

Dejar en blanco ubicaciones que no tienen plantas asociadas

NOMBRE	FIRMA
PROPIETARIO (A) PPM- PPV- D	

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

## 122 DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA DE MUESTREO ANUAL DE PPM- PPV-D



**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**



**DECLARACION COMPLEMENTARIA DE MUESTREO ANUAL DE PPM- PPV, RAZA D**

TEMPORADA : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PPM  (\*) HUERTO  (\*)

USO EXCLUSIVO SAG
FOLIO N°
Fecha recepción
Fund orario SAG recepción
Fund orario SAG revisor

REGION

OFICINA

A Antecedentes del Plante			
Nombre plante			
Registro SAG			
Región		Comuna	
Nombre(s) Propietario(s) plante		Fono	
Nombre Contraparte técnica		Fono	
Fax			
E-Mail			
Nombre(s) Vivero(s)			
Registro SAG			
Región		Comuna	
Fecha declaración			

SOLO SE DEBEN DECLARAR LAS PLANTAS MADRES QUE:  
 \* SE ENCUENTREN EN EL SEGUNDO PERIODO DE CRECIMIENTO O ACTIVO  
 \* SE ENCUENTREN FITOSANITARIAMENTE APTAS  
 \* DISPONGAN DE SEÑALETICA

B Antecedentes Huerto (sólo para declaraciones que incluyan plantas en huertos)			
Nombre del predio			
N° Rol SI			
Propietario		Fono	
Región		Comuna	
Arrendatario		Fono	
Nombre protero/ cuarte/ sector			
Coordenadas UTM (Datum WGS 84)			

C Tercero Acreditado Toma de Muestra			
Nombre Tercero Acreditado			
Nombre Responsable Técnico			
Dirección Comercial			
Fono/ Fax		E-mail	
Firma Tercero Acreditado			

D Tercero Acreditado Laboratorio			
Nombre Tercero Acreditado			
Nombre Responsable Técnico			
Dirección Comercial			
Fono/ Fax		E-mail	
Firma Tercero Acreditado			

ESTA DECLARACION, SOLO SERÁ VALIDADA SI ES ACOMPAÑADA POR:

A. PPM: CROQUIS DE LA DISPOSICION ESPECIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS MADRES DECLARADAS DENTRO DEL PPM- PPV-D

B. HUERTO: AUTORIZACION DE MUESTREO PROPIETARIO PREDIO

CROQUIS PARA ACCEDER A HUERTO DECLARADO Y DISPOSICION ESPACIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS INCLUIDAS EN LA DECLARACION

(\*) Se deberá llenar en formularios de declaración independiente las plantas ubicadas en PPM y huerto.

ESTA DECLARACION SOLO SERA AUTORIZADA SI FUE REALIZADA LA DECLARACION DE MUESTREO ANUAL DE PPM- PPV, RAZA D, PARA EL PERIODO DE MUESTREO DE PRIMAVERA DENTRO DE LA MISMA TEMPORADA DE MUESTREO.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE(S) PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D

\_\_\_\_\_  
 FIRMA(S) PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D





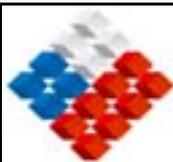
CROQUIS DISPOSICIÓN ESPECIAL PLANTAS MADRES EN PPM- PPV

		FECHA							
		N U M E R O H I L E R A							
		1	2	3	4	5	6	7	8
N U M E R O P L A N T A	1	Especie - Variedad (*)							
	2	Especie - Variedad (*)							
	3	Especie - Variedad (*)							
	4	Especie - Variedad (*)							
	5	Especie - Variedad (*)							
	6	Especie - Variedad (*)							
	7	Especie - Variedad (*)							
	8	Especie - Variedad (*)							
	9	Especie - Variedad (*)							
	10	Especie - Variedad (*)							

(\*)

Señalar nombre de la:	<b>ESPECIE</b>	DU	DA	NE	CI
	<b>VARIEDAD</b>	Ej: Pomona	Dina	Río	La roda
Dejar en blanco ubicaciones que no tienen plantas asociadas					

<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
<b>PROPIETARIO (A) PPM- PPV- D</b>	



Gobierno de Chile  
Ministerio de Agricultura  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

### 12.3 PLANTEL EXCLUIDO: DECLARACIÓN DE MUESTREO PPV PARA OBTENER PLANTAS DE VIVERO



**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

**Plantel Excluido: Declaración de Muestreo PPV para Obtener Plantas de Vivero**

Temporada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



PPM

 (\*)

HUERTO

USO EXCLUSIVO SAG	
FOLIO N°	
Funcionario SAG revisor	
Región	
Comuna	

REGION	
--------	--

OFICINA	
---------	--

A. Antecedentes del Plantel Excluido			
Nombre plantel			
Registro SAG			
Región		Comuna	
Nombre propietario plantel		Fono	
Nombre Contraparte Técnica		Fono	
Fax			
E-Mail			
Nombre(s) Vivero(s)			
Registro SAG			
Región		Comuna	
Fecha declaración			

**SOLO SE DEBEN DECLARAR LAS PLANTAS MADRES QUE TENGAN:**

- \* Análisis vigente y negativo a PPV
- \* Se encuentren en el segundo período de crecimiento activo
- \* Se encuentren fitosanitariamente aptas
- \* Se encuentren dentro del período de 3 años, considerados desde la exclusión
- \* Dispongan de señalética y codificación

B. Antecedentes Huerto (sólo para declaraciones que incluyan plantas en huertos)			
Nombre del predio			
N° Rol SI			
Propietario		Fono	
Región		Comuna	
Arrendatario		Fono	
Nombre pratero/cuartel/sector			
Coordenadas UTM (DATUM WGS 84)			

C. Tercero Acreditado Toma de Muestra			
Nombre Tercero Acreditado			
Nombre Responsable Técnico			
Dirección Comercial			
Fono/Fax		E-mail	
Firma Tercero Acreditado			

D. Tercero Acreditado Laboratorio			
Nombre Tercero Acreditado			
Nombre Responsable Técnico			
Dirección Comercial			
Fono/ Fax		E-mail	
Firma Tercero Acreditado			

**ESTA DECLARACION, SOLO SERÁ VALIDADA SI ES ACOMPAÑADA POR:**

- A. PPM: CROQUIS DE LA DISPOSICION ESPECIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS MADRES DECLARADAS DENTRO DEL PPM- PPV-D
- B. HUERTO: AUTORIZACIÓN DE MUESTREO PROPIETARIO PREDIO  
CROQUIS PARA ACCEDER A HUERTO DECLARADO Y DISPOSICION ESPACIAL DE CADA UNA DE LAS PLANTAS INCLUIDAS EN LA DECLARACION

(\*) Se deberá llenar en formularios de declaración independiente las plantas ubicadas en PPM y huerto.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D

\_\_\_\_\_  
FIRMA PROPIETARIO(S) PPM- PPV- RAZA D





CROQUIS DISPOSICIÓN ESPECIAL PLANTAS MADRES EN PPM Excluido- PPV

		FECHA							
		N U M E R O H I L E R A							
N U M E R O P L A N T A	1	Especie- Variedad (*)							
	2	Especie- Variedad (*)							
	3	Especie- Variedad (*)							
	4	Especie- Variedad (*)							
	5	Especie- Variedad (*)							
	6	Especie- Variedad (*)							
	7	Especie- Variedad (*)							
	8	Especie- Variedad (*)							
	9	Especie- Variedad (*)							
	10	Especie- Variedad (*)							

(\*)

Señalar nombre de la:	ESPECIE	DU	DA	NE	CI
	VARIEDAD	Ei: Pomona	Dina	Río	Laroda
Dejar en blanco ubicaciones que no tienen plantas asociadas					

NOMBRE	FIRMA
PROPIETARIO (A) PPM- PPV-D	

12.4 FORMATO CALENDARIZACIÓN DE MUESTREO A PPM- PPV- D



 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

### **Instrucciones Llenado Calendarización Muestreo PPM- PPV- D**

Este registro debe ser:

- ❖ Enviado al Encargado (a) Agrícola Regional del Servicio Agrícola y Ganadero, en cuya jurisdicción se encuentren ubicadas las dependencias del tercero acreditado y los planteles de plantas madres que serán objeto de muestreo, 5 días hábiles antes del inicio de la temporada de muestreo.
- ❖ Debe ser enviado uno por cada región, de acuerdo a la ubicación de las dependencias del tercero acreditado y los planteles informados.
- ❖ Este registro podrá ser enviado al SAG vía fax, correo electrónico (escaneado) o entregado personalmente en las dependencias de cada Dirección Regional, si corresponde.
- ❖ Este registro debe ser emitido con un original y una copia, las cuales se encontrarán en poder del (la) Encargado (a) Agrícola Regional y el tercero acreditado, respectivamente.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los Inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre y firma del responsable técnico.

**Temporada:** indicar a que temporada corresponde el muestreo a realizar (Ej.: 2006/ 2007, etc.)

**Período Muestreo:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**Fecha:** se debe indicar la fecha en que se envía el registro

#### **ANTECEDENTES DEL TERCERO ACREDITADO (Emisor)**

**Nombre Responsable Técnico.** Indicar nombre completo del responsable técnico, designado por el tercero acreditado.

**Dirección Oficina/ Comuna:** indicar el lugar donde se mantendrán almacenadas las muestras y se ubicarán los registros documentales de las actividades que el tercero acreditado desarrollará.

**Fax:** indicar número de fax del tercero acreditado muestreador.

**Teléfono (s) fijo/ móvil:** indicar teléfonos, ya sea de red fija o móvil, donde se pueda establecer contacto con el tercero acreditado y el responsable técnico.

#### **ANTECEDENTES SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO (Receptor)**

**Dirección Regional:** indicar la región a la que se envía/ entrega este registro

**Nombre Funcionario:** debe ser llenado por el funcionario SAG que recepciona este documento, para lo cual debe dejar registrado su nombre completo.

**Firma Funcionario:** el funcionario SAG debe firmar el documento

**Fecha:** corresponde a la fecha de recepción del documento, debe ser llenado por el funcionario que lleva a cabo esta acción.

#### **ANTECEDENTES PLANTELES PLANTAS MADRES DE PPV QUE SERAN MUESTREADOS**

**Nº Registro SAG:** corresponde al número, asignado por el SAG, para individualizar un PPM- PPV- D. Este se encuentra indicado en la Declaración de Muestreo.

**Vivero:** indicar nombre del vivero al cual pertenece el PPM-PPV-D.

**Comuna:** indicar la comuna en la que se encuentra ubicado el PPM- PPV- D.

**Nº Plantas Madres:** indicar el número de plantas madres que serán objeto del muestreo, de acuerdo a lo autorizado por el Servicio en la Declaración de Muestreo.

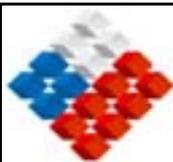
**Fecha (s) Muestreo:** señalar la (s) fecha (s) tentativas en que el tercero acreditado ha programado las actividades de muestreo, para cada región.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.5 FORMATO AVISO TOMA DE MUESTRA A PPM- PPV- D**



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

Logo Tercero Acreditado Toma de Muestra a PPM- PPV- Raza D

**AVISO TOMA DE MUESTRA A PPM- PPV- D (1)**

Temporada		Período Muestreo		Fecha	
-----------	--	------------------	--	-------	--

<b>ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO (Emisor)</b>
Nombre Tercero Acreditado
Nombre Responsable Técnico
Dirección Oficina/ Comuna
Fax
Teléfono (s) (fijo/ móvil)

<b>ANTECEDENTES SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO (Receptor)</b>	
Oficina SAG	Región
Nombre Funcionario	
Firma Funcionario	Fecha

PLANTELES DE PLANTAS MADRES DE PPV A MUESTREAR					
REGISTRO SAG	VIVERO	COMUNA	JEFE(A) EQUIPO	Nº MOVIL	LUGAR (2)

(1) Toma de Muestra para determinación de PPV a través de técnicas de diagnóstico de laboratorio

NOMBRE	FIRMA
RESPONSABLE TECNICO	

**Instrucciones Llenado Aviso Toma de Muestra a PPM- PPV- D**

Este registro debe ser:

- ❖ Enviado vía correo electrónico o fax, o entregado personalmente al Encargado (a) Sectorial SAG de Control Oficial de PPV, en cuya jurisdicción se encuentren ubicados los plantales de plantas madres que serán objeto de muestreo, en la jornada hábil siguiente.
- ❖ Enviado a las Oficinas SAG, donde se realizan las labores de muestreo, con 24 horas hábiles de anticipación y dentro de horario de oficina (informarse acerca del horario de funcionamiento de las Oficinas SAG en cada región).
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los Inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro será válido con el nombre y firma del Responsable Técnico y del (la) Encargado (a) Sectorial de Control Oficial de PPV (funcionario SAG), siendo responsabilidad del tercero acreditado muestreador verificar su recepción.

**Temporada:** indicar a que temporada corresponde el muestreo a realizar (Ej.: 2006/ 2007, etc.)

**Período Muestreo:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**Fecha:** se debe indicar la fecha en que se envía/ entrega el registro en la Oficina SAG, correspondiente.

**ANTECEDENTES DEL TERCERO ACREDITADO (Emisor)**

**Nombre del Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado.

**Nombre Responsable Técnico.** Indicar nombre completo del responsable técnico, designado por el tercero acreditado.

**Dirección Oficina/ Comuna:** indicar el lugar donde se mantendrán almacenadas las muestras y se ubicarán los registros documentales de las actividades que el tercero acreditado desarrollará.

**Fax:** indicar el número de fax del tercero acreditado muestreador.

**Teléfono (s) fijo/ móvil):** indicar teléfonos, ya sea de red fija o móvil, donde se pueda establecer contacto con el tercero acreditado y el responsable técnico.

**ANTECEDENTES SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO (Receptor)**

**Oficina SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG a la que se envía/ entrega este registro, y que corresponde a la Oficina en cuya jurisdicción se encuentran ubicados los PPM- PPV- D sujetos a muestreo.

**Región:** indicar región a la que pertenece la Oficina SAG, señalada en el párrafo anterior.

**Nombre Funcionario:** debe ser llenado por el funcionario SAG que recepciona este documento, para lo cual debe dejar registrado su nombre completo.

**Firma Funcionario:** el funcionario SAG debe firmar el documento

**Fecha:** corresponde a la fecha de recepción del documento, debe ser llenado por el funcionario que lleva a cabo esta acción.

**PLANTELES PLANTAS MADRES DE PPV A MUESTREAR:** indicar los plantales que serán muestreados en la próxima jornada hábil siguiente

**Registro SAG:** corresponde al número, asignado por el SAG, para individualizar un PPM- PPV-D. Este se encuentra indicado en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Vivero:** indicar nombre del vivero al cual pertenece el PPM-PPV-D.

**Comuna:** indicar la comuna en la que se encuentra ubicado el PPM- PPV- D.

**Jefe (a) Equipo:** indicar el nombre, de cada uno de los (as) Jefes (as) equipo (s) de muestreo que realizará (n) la actividad.

**Nº Móvil:** indicar el número de móvil del (la) Jefe (a) equipo muestreador.

**Lugar (2):** indicar, para el caso de plantales de más de 500 plantas madres, el sector que será muestreado, para ello se debe hacer referencia a la especie, variedad (si la conoce el tercero acreditado) o algún otro antecedente que facilite la ubicación del equipo de muestreo en el plantel.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.6 FICHA MUESTREO PLANTAS MADRES PPV- D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES**

 <p><b>GOBIERNO DE CHILE</b> MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p align="center"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

Logo Tercero Acreditado Toma de Muestra a PPM- PPV- Raza D

**FICHA MUESTREO PLANTAS MADRES PPV- D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES (\*)**

<b>TEMPORADA</b>		<b>PERIODO MUESTREO</b>		<b>FECHA MUESTREO</b>					
<b>ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO</b>									
Nombre Tercero Acreditado									
Nombre Responsable Técnico				Firma					
Nombre Jefe (a) Equipo Muestreo				Firma					
Nombre Resto Equipo (1)			Nombre Resto Equipo (2)						
Nombre Resto Equipo (3)			Nombre Resto Equipo (4)						
<b>ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO</b>									
Nº Registro SAG		Vivero Propietario		Nº Plantas Declaradas/Autorizadas					
Nº Plantas Muestreadas									
<b>ANTECEDENTES DEL MUESTREO REALIZADO AL PLANTEL</b>									
<b>ID PLANTA MADRE</b>	<b>ESPECIE</b>	<b>VARIEDAD</b>	<b>CUARTEL</b>	<b>HILERA</b>	<b>ARBOL</b>	<b>MUESTREADO</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>RECHAZO D</b>	<b>RECHAZO P</b>

(\*) Toma de Muestra para determinación de PPV a través de técnicas de diagnóstico de laboratorio

 <p data-bbox="694 68 965 252"> <b>GOBIERNO DE CHILE</b>          MINISTERIO DE AGRICULTURA  <b>SAG</b> </p>	<p data-bbox="965 68 1736 252"> <b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b> </p>
--	---

Logo Tercero Acreditado Toma de Muestra a PPM- PPV- Raza D

**FICHA MUESTREO PLANTAS MADRES PPV- D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES (\*)**

ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO									
Nº Registro SAG	Vivero Propietario				Nº Plantas Declaradas/Autorizadas				
								Nº Plantas Muestreadas	
ANTECEDENTES DEL MUESTREO REALIZADO AL PLANTEL									
ID PLANTA MADRE	ESPECIE	VARIEDAD	CUARTEL	HILERA	ARBOL	MUESTREADO	SINTOMA	RECHAZO D	RECHAZO P

(\*) Toma de Muestra para determinación de PPV a través de técnicas de diagnóstico de laboratorio

**Instrucciones Llenado Ficha Muestreo Plantas Madres PPV- D/ Planteo de Plantas Madres**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el (a) Jefe (a) del equipo muestreador.
- ❖ Mantenido al momento de llevar a cabo la labor de muestreo.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre y firma del responsable técnico y jefe de equipo de muestreo.

**Temporada:** indicar a que temporada corresponde el muestreo a realizar (Ej.: 2006/ 2007, etc.)

**Período Muestreo:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**Fecha Muestreo:** se debe indicar la fecha en que se realiza el muestreo

**ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO**

**Nombre Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado.

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**Firma:** registrar firma del responsable técnico.

**Nombre Jefe (a) Equipo Muestreo:** indicar nombre completo del (la) jefe (a) equipo de muestreo.

**Firma:** registrar firma del (la) jefe (a) equipo de muestreo.

**Nombre Resto Equipo (1), (2), (3)...**: indicar el nombre de las otras personas que conformar el equipo de muestreo.

**ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO**

**Nº Registro SAG:** corresponde al número, asignado por el SAG, para individualizar un PPM- PPV-D. Este se encuentra indicado en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Vivero Propietario:** indicar nombre del vivero al cual pertenece el PPM-PPV-D.

**Nº Plantas Declaradas/ Autorizadas:** indicar número de plantas madres, presentes en el PPM, autorizadas por el Servicio a través de la Declaración de Muestreo.

**Nº Plantas Muestreadas:** indicar número efectivo de plantas madres muestreadas, en la fecha señalada en la Ficha Muestreo.

**ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO**

**Id. Planta Madre:** indicar el código de identificación que mantiene la planta madre sujeta a muestreo, la cual debe corresponder a la descrita en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio, y que debe tener físicamente cada planta madre autorizada.

**Especie:** indicar la especie sujeta a muestreo, para cada planta madre, utilizando la siguiente denominación: **CI= ciruelo; DA= damasco; DU= duraznero; NE= nectarino; para el caso de híbridos registra el nombre completo.**

**Variedad:** indicar nombre completo de la variedad (de acuerdo a lo contenido en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio). Si no se tiene acceso a esta información, por no estar incluida en la referida Declaración, señalarlo como **SI**.

**Cuartel:** indicar el número o nombre del cuartel en el que se ubica la planta madre sujeta a muestreo, si corresponde.

**Hilera:** indicar hilera en que se ubica la planta madre sujeta a muestreo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Árbol:** indicar número del árbol sobre la hilera, que corresponde a la planta madre sujeta a muestreo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Muestreado:** indicar con una cruz si la planta madre fue efectivamente muestreada.

**Síntoma:** indicar con una cruz si la planta muestreada presenta sintomatología asociada a PPV.

**Rechazo D:** indicar con una cruz si la planta madre fue rechazada en forma definitiva.

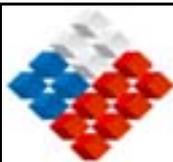
**Rechazo P:** indicar con una cruz si la planta madre fue rechazada en forma pendiente (temporal).



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.7 FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES PPV-D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

Logo Tercero Acreditado Toma  
de Muestra a PPM- PPV- Raza D

FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES PPV- D/  
PLANTEL DE PLANTAS MADRES (\*)

Temporada		Período Muestreo		Fecha Rechazo	
-----------	--	------------------	--	---------------	--

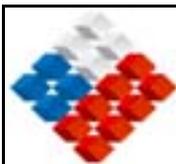
ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO	
Nombre Tercero Acreditado	
Nombre Responsable Técnico	Firma
Nombre Jefe (a) Equipo Muestreo	Firma

ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO	
Nº Registro SAG	Nº Plantas Declaradas/Autorizadas
Vivero Propietario	Nº Plantas Rechazadas

ANTECEDENTES DE PLANTAS MADRES RECHAZADAS						
ID PLANTA MADRE	ESPECIE	VARIEDAD	CUARTEL	HILERA	ARBOL	CAUSAL RECHAZO DEFINITIVO

(\*) Toma de Muestra para determinación de PPV a través de técnicas de diagnóstico de laboratorio

NOMBRE	FIRMA
PROPIETARIO(A) PLANTEL PLANTAS MADRES PPV- D	



#### **Instrucciones Llenado Ficha Rechazo Plantas Madres PPV- D/ Plantel de Plantas Madres**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el (a) Jefe (a) del equipo muestreador.
- ❖ Mantenido al momento de llevar a cabo la labor de muestreo.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, en las dependencias del tercero acreditado (período de a lo menos 5 años) y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro formará parte del INFORME FINAL del plantel de plantas madres muestreado, el cual deberá ser remitido al Encargado Sectorial de Control Oficial de PPV en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM, transcurridos 15 días desde la fecha de término del muestreo en el plantel. Esta información deberá ser traspasada como registro documental y como base de datos electrónica (CD).
- ❖ Firmado por el (la) propietario (a) del PPM- PPV- D.
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre y firma del responsable técnico, jefe de equipo de muestreo y propietario PPM- PPV- D.

**Temporada:** indicar a que temporada corresponde el muestreo a realizar (Ej.: 2006/ 2007, etc.)

**Período Muestreo:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**Fecha rechazo:** se debe indicar la fecha en que se realiza el rechazo definitivo de las plantas madres declaradas.

#### **ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO**

**Nombre Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado.

**Firma:** registrar firma del tercero acreditado.

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**Firma:** registrar firma del responsable técnico.

**Nombre Jefe (a) Equipo Muestreo:** indicar nombre completo del (la) jefe (a) equipo de muestreo.

**Firma:** registrar firma del (la) jefe (a) equipo de muestreo.

#### **ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO**

**Nº Registro SAG:** corresponde al número, asignado por el SAG, para individualizar un PPM- PPV-D. Este se encuentra indicado en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Vivero Propietario:** indicar nombre del vivero al cual pertenece el PPM-PPV-D.

**Nº Plantas Declaradas/ Autorizadas:** indicar número de plantas madres, presentes en el PPM, autorizadas por el Servicio a través de la Declaración de Muestreo.

**Nº Plantas Rechazadas:** indicar número efectivo de plantas madres con rechazo definitivo, en la fecha señalada en la Ficha Rechazo.

#### **ANTECEDENTES DE PLANTAS MADRES RECHAZADAS**

**Id. Planta Madre:** indicar el código de identificación que mantiene la planta madre sujeta a rechazo, la cual debe corresponder a la descrita en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio, y que debe tener físicamente cada planta madre previamente autorizada.

**Especie:** indicar la especie sujeta a rechazo, para cada planta madre, utilizando la siguiente denominación: **CI= ciruelo; DA= damasco; DU= duraznero; NE= nectarino; para el caso de híbridos registra el nombre completo.**

**Variedad:** indicar nombre completo de la variedad (de acuerdo a lo contenido en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio). Si no se tiene acceso a esta información, por no estar incluida en la referida Declaración, señalarlo como **SI**.

**Cuartel:** indicar el número o nombre del cuartel en el que se ubica la planta madre sujeta a rechazo, si corresponde.

**Hilera:** indicar hilera en que se ubica la planta madre sujeta a rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Árbol:** indicar número del árbol sobre la hilera, que corresponde a la planta madre sujeta a rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**Causal Rechazo Definitivo:** especificar la causa que genera el rechazo definitivo de la planta madre (ej.: no corresponde a la especie declarada, no corresponde a la variedad declarada, no existe, sin desarrollo vegetativo, etc).

**PROPIETARIO(A) DEL PLANTEL DE PLANTAS MADRES PPV- D:** Registrar su nombre y firma

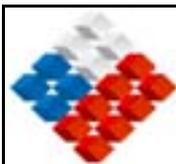


Gobierno de Chile  
Ministerio de Agricultura  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

## 12.8 PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV





#### **Instrucciones Llenado Protocolo De Toma De Muestras Y Resultados De PPV**

**FOLIO Nº:** codificación impresa en cada protocolo y que debe ser utilizado en forma correlativa por el tercero muestreador.

**USO EXCLUSIVO LABORATORIO:** debe ser llenado por personal autorizado del laboratorio acreditado.

**Nombre del Laboratorio Acreditado:** indicar el nombre del mismo de acuerdo a lo autorizado por el Servicio.

**RECEPCIÓN:** se debe registrar los siguientes antecedentes relacionados directamente con la recepción física de las muestras en el laboratorio:

**Fecha:** indicar la fecha exacta en que las muestras son recepcionadas por el laboratorio acreditado.

**Temperatura:** registrar la temperatura que tiene la unidad en que son transportadas las muestras recepcionadas por el laboratorio acreditado (°C).

**Nombre y firma:** indicar el nombre y firma de la persona del laboratorio que recepciona el envío de muestras.

**Timbre:** uso de timbre de autorización o rechazado, de acuerdo al resultado del proceso de recepción.

**Aprobado:** indicar, con una X, si el proceso de recepción es autorizado.

**Rechazado:** indicar, con una X, si el proceso de recepción no es autorizado.

**Causal:** indicar el motivo que genera el rechazo en el ingreso

**Nombre Responsable Técnico Muestreo:** indicar el nombre completa de esta persona.

**Firma Responsable Técnico Muestreo:** registrar firma del Responsable Técnico.

**Fecha Muestreo:** indicar la fecha en que fueron tomadas las muestras que respaldan este protocolo, si es más de una se debe llenar un protocolo por cada fecha de muestreo.

**Nº Registro PPM- PPV:** indicar el número de registro con el que el plantel de plantas madres de PPV se encuentra inscrito en el Servicio. Se encuentra incluido en las Declaraciones de Muestreo, autorizadas por el Servicio.

**Nombre vivero:** indicar el nombre del vivero Propietario(a) del PPM.

**Región/ Comuna:** indicar región/ comuna donde se ubica el plantel muestreado.

**Oficina SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG en cuya jurisdicción se encuentra establecido el PPM sometido a muestreo.

#### **USO EXCLUSIVO MUESTREADOR**

**TECNICAS A REALIZAR (1):** (1) Marcar con una X que análisis de laboratorio debe(n) realizarse a las muestras señaladas en cada fila, de acuerdo a lo registrado en la Declaración de Muestreo Anual de PPM-PPV, Raza D o la Declaración Complementaria de Muestreo Anual de PPM-PPV, Raza D.

**ELISA:** marcar con una X lo que corresponda

**PCR:** marcar con una X lo que corresponda

#### **PLANTAS MADRES MUESTREADAS**

**Especie:** indicar la especie sujeta a muestreo, para cada planta madre, utilizando la siguiente denominación: **CI= ciruelo; DA= damasco; DU= duraznero; NE= nectarino.**

**Variedad:** indicar nombre completo de la variedad (de acuerdo a lo contenido en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio). Si no se tiene acceso a esta información, por no estar incluida en la referida Declaración, señalarlo como S/I.

**ID. Planta:** indicar el rango de códigos de plantas con el que las muestras, correspondientes a la especie/ variedad, son identificadas y que corresponden al que posee cada planta madre declarada dentro del plantel.

**Nº Muestras:** indicar el número de muestras que respaldan a los códigos señalados, para la especie/ variedad.



#### USO EXCLUSIVO LABORATORIO

**Técnica Diagnóstico:** Indicar técnica de laboratorio que se realiza para llevar a cabo la determinación de PPV, así como la confirmatoria.

**Nº Muestras:** indicar al momento de la recepción, el número efectivo de muestras que ingresan al laboratorio acreditado.

**Resultado (\*):** indicar el resultado definitivo, con una:

- N: si las muestras analizadas son negativas a PPV.
- P: si alguna de las muestras analizadas, provenientes del rango descrito, es positiva a PPV
- NA: muestra no apta para ser analizada, especificar causal en (\*) claves de muestras sin diagnóstico.

**ID. PLANTAS (MUESTRAS) CON SINTOMATOLOGIA A PPV:** indicar el código de las muestras que presentan síntomas asociados a PPV, al momento de realizar el análisis (si corresponde).

**(\*) ID. PLANTAS (MUESTRAS) CON RESULTADOS POSITIVOS:** indicar el código de las muestras que presentan resultados positivos a PPV.

**(\*) ID. PLANTAS (MUESTRAS) SIN DIAGNOSTICO (Especificar):** indicar cual es la causal del no diagnóstico (mal estado de conservación, no correspondencia, etc.) y especificar las claves involucradas.

**ANALISTA:** registrar nombre y firma del (la) virólogo (a) que realiza el diagnóstico de las muestras respaldadas por el protocolo.

**RESPONSABLE TECNICO:** registrar nombre y firma del Responsable Técnico del Laboratorio Acreditado.

**TIMBRE:** timbrar cada uno de los protocolos, con el timbre de analizado, para validar el documento por parte del Laboratorio Acreditado



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.9 FORMATO REGISTRO SEMANAL MUESTREO A PPM-PPV- D**



Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

REGISTRO SEMANAL MUESTREO A PPM- PPV- D

Nombre tercero Acreditado	
Nombre Responsable Técnico	

OFICINA SAG		TEMPORADA		PERIODO MUESTREO	
-------------	--	-----------	--	------------------	--

FECHA		TEMPERATURA		JEFE EQUIPO 1				JEFE EQUIPO 2				JEFE EQUIPO 3				TOTALES	
DM/A		MÍNIMA	MAXIMA	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	TOTAL DIARIO	TOTAL ACUMULADO
				TOTAL SEMANA 1													
FECHA ENVIO																	

FECHA		TEMPERATURA		JEFE EQUIPO 1				JEFE EQUIPO 2				JEFE EQUIPO 3				TOTALES	
DM/A		MÍNIMA	MAXIMA	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	TOTAL DIARIO	TOTAL ACUMULADO
				TOTAL SEMANA 2													
FECHA ENVIO																	

FECHA		TEMPERATURA		JEFE EQUIPO 1				JEFE EQUIPO 2				JEFE EQUIPO 3				TOTALES	
DM/A		MÍNIMA	MAXIMA	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL	PREDIO	FOLIO PROTOCOLO	NUMERO MUESTRAS	TOTAL DIARIO	TOTAL ACUMULADO
				TOTAL SEMANA 3													
FECHA ENVIO																	

 <p data-bbox="379 230 632 297">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 210 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

### Instrucciones Llenado Registro Semanal Muestreo a PPM- PPV- D

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el Responsable Técnico del tercero acreditado para realizar labores de muestreo.
- ❖ Debe ser enviado, vía correo electrónico, al (la) Encargado (a) Sectorial SAG de control oficial de PPV, en cuya jurisdicción se encuentre el PPM- PPV-D, el primer día hábil de la semana siguiente sometida a muestreo, en horario de oficina.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base datos electrónica, por 5 años, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.

**Nombre Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado.

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**OFICINA SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG donde es despachado este documento.

**TEMPORADA:** indicar la temporada de muestreo en que se realizan estas actividades (2005/2006, etc.)

**PERIODO MUESTREO:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**FECHA:** indicar para jornada de muestreo, la fecha efectiva en que ésta es desarrollada, registrando día/ mes/ año.

**TEMPERATURA MÍNIMA Y MÁXIMA:** indicar para cada jornada de muestreo, las temperaturas mínimas y máximas registradas en la zona donde se ubica el plantel.

**JEFE EQUIPO 1:** esta información debe ingresarse por cada equipo de muestreo que esté desarrollando esta labor, durante una determinada jornada. Se deberá identificar el nombre completo del (la) Jefe (a) del equipo de muestreo.

**NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL:** indicar el nombre y número de registro del plantel sometido a muestreo, la jornada indicada.

**PREDIO:** indicar el nombre del predio en el que se encuentra ubicado el plantel.

**Nº / FOLIO PROTOCOLO:** indicar el número y folio de protocolo con el que son enviadas las muestras al laboratorio. En el caso que las muestras no se hayan despachado al momento de enviar esta información, deberá indicarse con una **A**, que se encuentran almacenadas y en poder del tercero acreditado.

**NÚMERO MUESTRAS:** indicar el número de muestras que se encuentran incluidas en el protocolo.

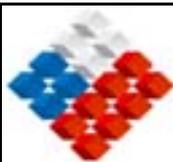
**TOTALES:** ingresar estas columnas, para respaldar cada jornada de muestreo.

**TOTAL DIARIO:** indicar el número de muestras tomadas por todos los equipos de muestreo, por cada día de muestreo.

**TOTAL ACUMULADO:** indicar el total acumulado de muestras tomadas, incluyendo la última jornada de muestreo.

**FECHA ENVÍO:** indicar la fecha efectiva en que esta información es enviada al (la) Encargado (a) Sectorial SAG de Control Oficial de PPV.

**TOTAL SEMANA:** registrar el número de muestras captadas por semana y por equipo muestreador.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.10 FORMATO REGISTRO SEMANAL RECHAZOS A PPM-PPV- D**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

REGISTRO SEMANAL RECHAZOS A PPM- PPV- D

Nombre Tercero Acreditado	
Nombre responsable Técnico	
OFICINA SAG	

TEMPORADA	
-----------	--

PERIODO MUESTREO	
------------------	--

FECHA	JEFE EQUIPO	CANTIDAD	NOMBRE/REGISTRO PLANTEL	PREDIO	N°PLANTA MADRE	ESPECIE	VARIEDAD	HILERA	ARBOL	CAUSAL RECHAZO	SITUACION

TOTAL SEMANA 1	
Fecha Envío	

FECHA	JEFE EQUIPO	CANTIDAD	NOMBRE/REGISTRO PLANTEL	PREDIO	N°PLANTA MADRE	ESPECIE	VARIEDAD	HILERA	ARBOL	CAUSAL RECHAZO	SITUACION

TOTAL SEMANA 2	
Fecha Envío	

FECHA	JEFE EQUIPO	CANTIDAD	NOMBRE/REGISTRO PLANTEL	PREDIO	N°PLANTA MADRE	ESPECIE	VARIEDAD	HILERA	ARBOL	CAUSAL RECHAZO	SITUACION

TOTAL SEMANA 3	
Fecha Envío	

SITUACION : PENDIENTE / DEFINITIVA

**Instrucciones Llenado Registro Semanal Rechazo a PPM- PPV- D**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el Responsable Técnico del tercero acreditado para realizar labores de muestreo.
- ❖ Debe ser enviado, vía correo electrónico, al (la) Encargado (a) Sectorial SAG de control oficial de PPV, en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM-PPV-D, el primer día hábil de la semana siguiente sometida a muestreo, en horario de oficina.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, por 5 años, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.

**Nombre Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado.

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**OFICINA SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG donde se remitió este documento, la que debe corresponder a la jurisdicción donde se encuentra establecido el PPM-PPV-D sujeto a rechazo.

**TEMPORADA:** indicar la temporada de muestreo en que se realizan estas actividades (2005/ 2006, etc.)

**PERIODO MUESTREO:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**FECHA:** indicar la fecha efectiva en que se rechaza la planta madre, registrando día/ mes/ año.

**JEFE EQUIPO:** indicar el nombre completo del (la) Jefe (a) del equipo de muestreo que rechaza la planta madre declarada.

**CANTIDAD:** indicar el número de plantas madres que es rechazado, este número siempre deberá ser 1.

**NOMBRE/ REGISTRO PLANTEL:** indicar el nombre y número de registro del plantel sometido a muestreo/ rechazo, la jornada indicada.

**PREDIO:** indicar el nombre del predio en el que se encuentra ubicado el plantel.

**ID. PLANTA MADRE:** indicar la identificación que mantiene la planta madre rechazada, la cual debe corresponder a la descrita en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio, y que debe tener físicamente cada planta madre.

**ESPECIE:** indicar la especie sujeta a rechazo, para cada planta madre, utilizando la siguiente denominación: **CI= ciruelo; DA= damasco; DU= duraznero; NE= nectarino.**

**VARIEDAD:** indicar nombre completo de la variedad (de acuerdo a lo contenido en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio). Si no se tiene acceso a esta información, por no estar incluida en la referida Declaración, señalarlo como S/I.

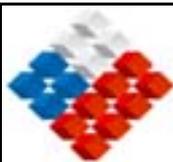
**HILERA:** indicar hilera en que se ubica la planta madre sujeta a rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo.

**ARBOL:** indicar número del árbol sobre la hilera, que corresponde a la planta madre sujeta a rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo.

**CAUSAL RECHAZO:** especificar la causa que genera el rechazo de la planta madre (ej.: no corresponde a la especie declarada, no corresponde a la variedad declarada, no existe, sin desarrollo vegetativo, etc).

**SITUACIÓN:** indicar si corresponde a un rechazo definitivo (RD) o a un rechazo pendiente (RP).

**FECHA ENVÍO:** indicar la fecha efectiva en que esta información es enviada al (la) Encargado (a) Sectorial SAG de Control Oficial de PPV, en cuya jurisdicción se lleva a cabo el rechazo.



Gobierno de Chile  
Ministerio de Agricultura  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D

## 12.11 FORMATO REGISTRO SEMANAL ENVIOS DE MUESTRAS DE PPM- PPV- D A LABORATORIOS ACREDITADOS



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

REGISTRO SEMANAL ENVIOS DE MUESTRAS DE PPM- PPV- D A LABORATORIOS ACREDITADOS

Nombre Tercero Acreditado Muestreo

Nombre Responsable Técnico Muestreo

OFICINA SAG

TEMPORADA

PERIODO MUESTREO

FECHA	FOLIO PROTOCOLO	NOMBRE PLANTEL	REGISTRO PLANTEL	Nº MUESTRAS	NOMBRE LABORATORIO	FECHA RECEPCION	FECHA RECHAZO	CAUSAL RECHAZO
TOTAL SEMANA 1			(*)					

FECHA	FOLIO PROTOCOLO	NOMBRE PLANTEL	REGISTRO PLANTEL	Nº MUESTRAS	NOMBRE LABORATORIO	FECHA RECEPCION	FECHA RECHAZO	CAUSAL RECHAZO
TOTAL SEMANA 2			(*)					

FECHA	FOLIO PROTOCOLO	NOMBRE PLANTEL	REGISTRO PLANTEL	Nº MUESTRAS	NOMBRE LABORATORIO	FECHA RECEPCION	FECHA RECHAZO	CAUSAL RECHAZO
TOTAL SEMANA 3			(*)					

(\*) FECHA PRIMER DIA HÁBIL EN QUE SE REMITE LA INFORMACION AL SAG

**Instrucciones Llenado Registro Semanal Envíos de Muestras de PPM- PPV- D  
a Laboratorios Acreditados**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el Responsable Técnico del tercero acreditado para realizar labores de muestreo.
- ❖ Debe ser enviado, vía correo electrónico, al (la) Encargado (a) Sectorial SAG de Control Oficial de PPV, en cuya jurisdicción se hayan realizado los muestreos, y al Subdepto. de Laboratorios Agrícolas del Servicio, el primer día hábil de la semana siguiente sometida a muestreo, en horario de oficina.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, por 5 años, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.

**Nombre Tercero Acreditado Muestreo:** indicar el nombre completo del tercero acreditado que realizó la labor de muestreo.

**Nombre Responsable Técnico Muestreo:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**OFICINA SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG a donde es despachado este documento.

**TEMPORADA:** indicar la temporada de muestreo en que se realizan estas actividades (2006/2007, etc.)

**PERIODO MUESTREO:** indicar a que período de muestreo corresponde: Primavera, Otoño.

**FECHA:** indicar la fecha de muestreo que aparece en el Protocolo de Toma de Muestras y Resultados de PPV, que es remitido al laboratorio acreditado.

**FOLIO PROTOCOLO:** número que aparece impreso en el Protocolo de Toma de Muestra y Resultados de PPV.

**NOMBRE DEL PLANTEL:** indicar el nombre del plantel que aparece en el Protocolo.

**REGISTRO DEL PLANTEL:** indicar el número de registro del plantel que aparece en el Protocolo.

**Nº MUESTRAS:** indicar el número de muestras que se encuentra respaldada por el Protocolo indicado.

**NOMBRE LABORATORIO:** señalar el nombre completo del laboratorio a donde son enviadas las muestras señaladas en cada Protocolo.

**FECHA RECEPCION:** indicar la fecha de recepción, registrada por el laboratorio acreditado, y que aparece en el Protocolo respectivo.

**FECHA RECHAZO:** indica la fecha, cuando se produzca un rechazo por parte del laboratorio acreditado.

**CAUSAL RECHAZO:** indicar la causa que generó el rechazo

**TOTAL SEMANA X (1, 2, ...):** indicar:

**FECHA:** del primer día hábil, de la semana en que se remite la información al SAG.

**Nº muestras:** enviadas/ recepcionadas por el laboratorio acreditado.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.12 FORMATO PLANILLA REGISTRO TEMPERATURA/ ALMACENAJE**



 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

### **Instrucciones Llenado Planilla Registro Temperatura/ Almacenaje**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por la persona que directamente verifica las temperaturas existentes en el equipo donde permanecen las muestras almacenadas.
- ❖ Este registro deberá estar vigente y ser mantenido en forma documental, en las dependencias del tercero acreditado (5 años) y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre y firma del responsable técnico y la persona que realiza el registro.
- ❖ Este registro formará parte del INFORME FINAL de plantel de plantas madres muestreado, el cual deberá ser remitido al Encargado Sectorial de Control Oficial de PPV en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM, transcurridos 15 días desde la fecha de término del muestreo al plantel. Al mismo tiempo, formará parte de la información que debe ser remitida al término de la temporada de muestreo. En ambos casos este registro deberá ser traspasado como documento y como base de datos electrónica (CD).

#### **ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO**

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**Firma:** registrar firma del responsable técnico.

**Nombre del que registra:** indicar nombre completo de la persona que registra la información.

**Firma:** registrar firma de la persona que registra la información.

**MES/ AÑO:** indicar el mes y año sujeto a registro, se deberá llenar una hoja, a lo menos, por mes.

**DIA:** indicar el día del mes que esta sujeto a registro.

**Tª MINIMA:** indicar la temperatura mínima, en °C, para cada día de almacenaje.

**Tª MAXIMA:** indicar la temperatura máxima, en °C, para cada día de almacenaje.

**Nº PROTOCOLO:** indicar el número del o los Protocolos que se encuentran almacenados al momento de verificar la temperatura.

**FECHA MUESTREO:** registrar la fecha de muestreo señalada en el Protocolo.

**NOMBRE PLANTEL:** registrar el nombre del plantel que aparece en el Protocolo.

**Nº DE MUESTRAS:** indicar el número de muestras respaldadas por el Protocolo señalado.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

### **12.13 INFORME FINAL MUESTREO A PPM- PPV-D**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

### INFORME FINAL MUESTREO A PPM- PPV- D

REGION		OFICINA SAG	
--------	--	-------------	--

EPOCA MUESTREO		TEMPORADA MUESTREO	
----------------	--	--------------------	--

FECHA(S) MUESTREO	
-------------------	--

#### ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO

Nombre Tercero Acreditado		Firma	
Nombre Responsable Técnico		Firma	
Nombre Jefe(a) Equipo Muestreo		Firma	

#### ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS MADRES SUJETO A MUESTREO

Nº Registro SAG	
Vivero Propietario	
Comuna/ Región	

#### ACTIVIDADES DE MUESTREO

Plantas Madres Declaradas	
Plantas Madres Muestreadas	
Plantas Rechazadas	

#### RESUMEN MUESTREO

ESPECIE	MUESTREADAS	RECHAZADAS	DECLARADAS
CIRUELO			
DAMASCO			
DURAZNERO			
NECTARINO			
HIBRIDOS			
TOTAL			



 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

### **Instrucciones Llenado Informe Final Muestreo a PPM- PPV- D**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el Responsable Técnico del tercero acreditado para realizar labores de muestreo.
- ❖ Este registro deberá ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, por 5 años, en las dependencias del tercero acreditado y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro formará parte del INFORME FINAL del plantel de plantas madres muestreado, el cual deberá ser remitido al Encargado Sectorial de Control Oficial de PPV en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM, transcurridos 15 días desde la fecha de término del muestreo en el plantel. Esta información deberá ser traspasada como registro documental y como base de datos electrónica (CD).
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre y firma del tercero acreditado, responsable técnico y jefe del equipo muestreador.

**REGION:** región a donde se envía este documento.

**OFICINA SAG:** indicar el nombre de la Oficina SAG donde se remitido este documento, la que debe corresponder a la jurisdicción donde se encuentra establecido el PPM-PPV-D sujeto a muestreo.

**EPOCA MUESTREO:** indicar si la época de muestreo corresponde a Primavera u Otoño.

**TEMPORADA MUESTREO:** indicar temporada de muestreo en que se realizó la actividad.

**PERIODO MUESTREO:** indicar fecha de inicio y término de labores de muestreo al plantel informado.

#### **ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO**

**Nombre/ Firma Tercero Acreditado:** indicar el nombre completo del tercero acreditado y firma.

**Nombre/ Firma Responsable Técnico:** indicar nombre completo de responsable técnico y firma.

**Nombre/ Firma Jefe (a) Equipo Muestreo:** indicar el nombre completo del (la) jefe equipo de muestreo y firma.

#### **ANTECEDENTES GENERALES PLANTEL DE PLANTAS ADRES SUJETO A MUESTREO**

**Nº Registro SAG:** indicar el número de registro SAG del plantel muestreado.

**Vivero Propietario:** indicar el / los vivero(s) propietario (s) de del plantel informado.

**Comuna/ Región:** indicar comuna/ región donde se encuentra establecido el plantel informado.

**PREDIO:** indicar el nombre del predio en el que se encuentra ubicado el plantel.

#### **ACTIVIDADES DE MUESTREO**

**Plantas Madres Declaradas:** número de plantas incluidas en la DECLARACION MUESTREO, autorizada por el Servicio, correspondiente al plantel informado.

**Plantas Madres Muestreadas:** total de plantas madres efectivamente muestreadas en el plantel informado.

**Plantas Madres Rechazadas:** total de plantas madres definitivamente rechazadas, para el plantel informado.

#### **RESUMEN MUETREO**

Llenar la tabla de acuerdo al detalle solicitado.



#### DETALLE PLANTAS MADRES DECLARADAS

##### PLANTA MADRE

**IDENTIFICACION:** indicar la identificación que mantiene la planta madre sujeta a muestreo, la cual debe corresponder a la descrita en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio, y que debe tener físicamente cada planta madre.

**ESPECIE:** indicar la especie sujeta a muestreo, para cada planta madre, utilizando la siguiente denominación: **CI= ciruelo; DA= damasco; DU= duraznero; NE= nectarino.**

**VARIEDAD:** indicar nombre completo de la variedad (de acuerdo a lo contenido en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio). Si no se tiene acceso a esta información, por no estar incluida en la referida Declaración, señalarlo como **SI.**

**CUARTEL:** indicar cuartel (si corresponde) en el que se encuentra ubicada la planta madre sujeta a muestreo.

**HILERA:** indicar hilera en que se ubica la planta madre sujeta a muestreo/ rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

**ARBOL:** indicar número del árbol sobre la hilera, que corresponde a la planta madre sujeta a muestreo/ rechazo y que debe corresponder a la indicada en la Declaración de Muestreo, autorizada por el Servicio.

##### MUESTREO

**FECHA:** indicar fecha efectiva en que se realiza el muestreo de la planta madre individualizada.

**SINTOMA:** indicar con una X si la planta madre muestreada presenta síntomas atribuibles a PPV.

##### RECHAZO DEFINITIVO

**FECHA:** indicar fecha efectiva en que se realiza el rechazo definitivo de la planta madre individualizada, debe coincidir con la registrada en la FICHA RECHAZO PLANTAS MADRES PPV-D/ PLANTEL DE PLANTAS MADRES.

**CAUSAL:** especificar la causa que genera el rechazo de la planta madre individualizada (ej.: no corresponde a la especie declarada, no corresponde a la variedad declarada, no existe, sin desarrollo vegetativo, etc.).

##### LABORATORIO

**NOMBRE:** indicar el nombre del laboratorio acreditado al que es enviada la muestra.

**FOLIO PROTOCOLO.** Indicar folio del Protocolo con el que la muestra es enviada al laboratorio que recepciona la muestra.

**FECHA RECEPCIÓN:** indicar fecha en que el laboratorio acreditado recepciona la muestra, corresponde a la misma fecha que aparece en el PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV.

**AUTORIZADO/ RECHAZADO:** indicar con una X, si la muestra es aceptada por el laboratorio, al momento de su recepción: autorizado/ rechazado.

##### REMUESTREO

**FECHA:** indicar la fecha en que se realiza el remuestreo de una muestra rechazada por el laboratorio.

**SINTOMA:** indicar con una X si la planta madre remuestreada presenta síntomas atribuibles a PPV.

##### LABORATORIO

**NOMBRE:** indicar el nombre del laboratorio acreditado al que es enviada la muestra, originada de un remuestreo.

**FOLIO PROTOCOLO.** Indicar folio del Protocolo con el que la muestra es enviada al laboratorio que recepciona la muestra, proveniente de un remuestreo.

**FECHA RECEPCIÓN:** indicar fecha en que el laboratorio acreditado recepciona la muestra, corresponde a la misma fecha que aparece en el PROTOCOLO TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV, proveniente de un remuestreo.

**AUTORIZADO/ RECHAZADO:** indicar con una X, si la muestra es aceptada por el laboratorio, al momento de su recepción: autorizado/ rechazado, proveniente de un remuestreo.



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

**Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D**

## **12.14 INFORME FOLIOS DE PROTOCOLOS DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
SAG

Reglamento específico de acreditación de terceros para la  
realización de muestreos en el marco del programa de  
control oficial de Plum Pox Virus Raza D

Logo Tercero Acreditado Toma  
de Muestra a PPM- PPV- Raza D

### INFORME FOLIOS DE PROTOCOLOS DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE PPV

ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO	
Nombre Responsable Técnico	Firma

EPOCA/ TEMPORADA DE MUESTREO: /

N° PROTOCOLO	FECHA (DD/MM/ AAAA)	PPM-PPV-D	LABORATORIO ACREDITADO	N° MUESTRAS			
				ANULADO	VALIDADAS	RECHAZADAS	TOTAL

 <p data-bbox="379 226 632 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="663 208 1385 293"><b>Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</b></p>
--	--

**Instrucciones Llenado Informe Folios de Protocolos de Toma de Muestras  
y Resultados de PPV**

Este registro debe ser:

- ❖ Llenado por el Responsable Técnico del tercero acreditado.
- ❖ Este registro deberá estar vigente y ser mantenido en forma documental y como base de datos electrónica, en las dependencias del tercero acreditado (5 años) y deberá estar disponible para las supervisiones que realicen los inspectores (as) del Servicio.
- ❖ Este registro sólo será válido con el nombre del responsable técnico del tercero acreditado.
- ❖ Deberá ser enviado por fax a la Oficina SAG, en cuya jurisdicción se encuentre establecido el PPM sujeto a muestreo, hasta 15 días de terminados los muestreos correspondientes a la época de muestreo (Primavera, Otoño).

**ANTECEDENTES TERCERO ACREDITADO**

**Nombre Responsable Técnico:** indicar el nombre completo del responsable técnico.

**Firma:** registrar firma del responsable técnico.

**EPOCA/ TEMPORADA/ AÑO:** indicar la época (Primavera, Otoño) y temporada de muestreo (Ej: 2007/ 2008, etc.) informada.

**Nº PROTOCOLO:** señalar protocolo informado.

**FECHA:** señalar la fecha del protocolo.

**PPM-PPV-D:** nombre del plantel relacionado con el protocolo informado, si corresponde.

**LABORATORIO ACREDITADO:** indicar laboratorio al que fue remitido el protocolo, si corresponde.

**ANULADO.** Indicar causal de anulación del protocolo.

**Nº MUESTRAS:**

**VALIDADAS:** indicar número de muestras validadas por el laboratorio acreditado, para cada protocolo.

**RECHAZADAS:** indicar número de muestras rechazadas por el laboratorio acreditado, para cada protocolo.

**TOTAL:** corresponde a la suma de las muestras validadas y rechazadas, para cada protocolo informado.

 <p data-bbox="379 226 635 293">GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</p>	<p data-bbox="662 208 1385 293">Reglamento específico de acreditación de terceros para la realización de muestreos en el marco del programa de control oficial de Plum Pox Virus Raza D</p>
--	---

### Anexo Nº 6: SUPERVISIÓN

El Servicio establecerá, como lineamiento general, a lo menos 2 supervisiones por tercero acreditado, durante la temporada de muestreo.

No obstante lo anterior, se establecerá un estándar de supervisiones, de acuerdo al número de plantas madres susceptibles de ser muestreadas por el tercero acreditado muestreador, definido para cada temporada de muestreo y jurisdicción de la Oficina SAG.

RANGO DE PLANTAS MADRES A MUESTREAR	Nº DE SUPERVISIONES SAG
1- 1.000	2
1.001- 3.000	4
3.001 – 5.000	5
5.001 – 10.000	7
10.001- 20.000	10
MÁS DE 20.000	15

Aquellos que durante la referida época de muestreo en curso, o la inmediatamente posterior, presenten más de dos no conformidades (ej.: rechazo de muestras por el laboratorio acreditado), la supervisión será incrementada en un 10%.

El Supervisor SAG emitirá un informe de SUPERVISION A TERCERO ACREDITADO MUESTREADOR/ CONTROL OFICIAL DE PPV- D, de acuerdo al formato a continuación se entrega. Este informe el cual contendrá antecedentes acerca de las acciones desarrolladas por el tercero acreditado muestreador, haciendo énfasis en las no conformidades registradas. De este documento, el cual se encontrará impreso en triplicado, se entregará la 1ª copia al tercero acreditado, quedando el original en poder de la unidad del Servicio que realizó la Supervisión y la 2ª copia será remitida a la Dirección Regional respectiva.

**FORMATO FICHA SUPERVISION A TERCERO MUESTREADOR/CONTROL OFICIAL DE PPV-D**

 <p style="margin: 0;"><small>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE AGRICULTURA SAG</small></p>	<p><b>SUPERVISION A TERCERO ACREDITADO MUESTREADOR CONTROL OFICIAL DE PPV-D</b></p>																																																																						
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;"><b>FECHA</b></td> <td style="width: 150px;"></td> </tr> </table>	<b>FECHA</b>																																																																					
<b>FECHA</b>																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>NOMBRE TERCERO ACREDITADO</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>NOMBRE PERSONA SUPERVISADA</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>FUNCION</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>MOTIVO QUE ORIGINA LA VISITA (Marcar con X lo que corresponda):</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MUESTREO</td> <td><input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> REMUESTREO</td> <td><input type="checkbox"/> REGISTRO INFORMACION</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TRASLADO MUESTRA</td> <td><input type="checkbox"/> OTROS: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>LUGAR SUPERVISADO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>1. MUESTREO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>2. REMUESTREO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>3. TRASLADO MUESTRA</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>4. ALMACENAMIENTO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>5. REGISTRO INFORMACION</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>6. OTROS</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>4. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>		<b>NOMBRE TERCERO ACREDITADO</b>		<b>NOMBRE PERSONA SUPERVISADA</b>		<b>FUNCION</b>		<b>MOTIVO QUE ORIGINA LA VISITA (Marcar con X lo que corresponda):</b>		<input type="checkbox"/> MUESTREO	<input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO	<input type="checkbox"/> REMUESTREO	<input type="checkbox"/> REGISTRO INFORMACION	<input type="checkbox"/> TRASLADO MUESTRA	<input type="checkbox"/> OTROS: _____	<b>LUGAR SUPERVISADO</b>		<b>1. MUESTREO</b>								<b>2. REMUESTREO</b>								<b>3. TRASLADO MUESTRA</b>								<b>4. ALMACENAMIENTO</b>								<b>5. REGISTRO INFORMACION</b>		<b>6. OTROS</b>								<b>4. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>											
<b>NOMBRE TERCERO ACREDITADO</b>																																																																							
<b>NOMBRE PERSONA SUPERVISADA</b>																																																																							
<b>FUNCION</b>																																																																							
<b>MOTIVO QUE ORIGINA LA VISITA (Marcar con X lo que corresponda):</b>																																																																							
<input type="checkbox"/> MUESTREO	<input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO																																																																						
<input type="checkbox"/> REMUESTREO	<input type="checkbox"/> REGISTRO INFORMACION																																																																						
<input type="checkbox"/> TRASLADO MUESTRA	<input type="checkbox"/> OTROS: _____																																																																						
<b>LUGAR SUPERVISADO</b>																																																																							
<b>1. MUESTREO</b>																																																																							
<b>2. REMUESTREO</b>																																																																							
<b>3. TRASLADO MUESTRA</b>																																																																							
<b>4. ALMACENAMIENTO</b>																																																																							
<b>5. REGISTRO INFORMACION</b>																																																																							
<b>6. OTROS</b>																																																																							
<b>4. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>																																																																							

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA INSPECTOR SAG

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA ACREDITADO