

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario

S.C.P.P. Punta Sacrificio
S.C. de R.L.

Producción ()

Nombre de la Unidad:(para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1)

Procesamiento Primario ()

No. de Registro:(para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1)

INO-ACU-OAX-20-0265

Fecha: 12/09/25

Captura ()

Hora entrada: 06:30

Localidad Puerto Angel

Municipio: San Pedro Pochutla

Hora salida: 08:00

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No

Comentarios/compromisos:

-Renovar análisis de Personal
-Rebajar registros de bitácoras

Fecha de visita anterior: ___/___/___

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón 2 Bagre 3 Tilapia 4 Trucha 5 Embarcación menor 6 Rana Toro 7 Carpa 8 Moluscos bivalvos

9 Procesamiento Primario Otro: _____

Se acordó con la S.C.P.P. Punta Sacrificio para realizar visita de mantenimiento, ya que cuentan con certificado vigente con clave AC-MB 20-24-1981 con fecha de vigencia del 18/04/2026. Se observa que las embarcaciones Mina del Ángel y Juguila no cuentan con registros de bitácoras, por lo que se les recomienda re-tomar los registros para la trazabilidad del producto, por otra parte la embarcación Mina del Ángel no lleva a bordo Kit de limpieza y desinfección, ni bote para basura, así mismo se observa que el producto que se comercializa, así mismo se observa que el producto que se comercializa no cuenta con suficiente hielo.

Producción Kg. _____

% de Implementación: 58.5%

Fecha del reconocimiento/certificado: _____

Fecha de próxima visita: _____

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación

Platica de formación: No. Asistentes: _____
Taller: No. Asistentes: _____

2.- Complemento a la Infraestructura

Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
Notas: _____

Tema: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/Personal/ Otro

Objetivo del muestreo:

Microbiología <input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos <input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>
Plaguicidas <input type="checkbox"/>	Reacciones febriles <input type="checkbox"/>	superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>
Metales pesados <input type="checkbox"/>	Coproparasitológico <input type="checkbox"/>	superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>

Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)

Especificar el objetivo: _____

Notificación de Resultados:

Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:

Fecha de muestreo: ___/___/___

Fecha de entrega: ___/___/___

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

Alejandra Honda Merino

ING. ALEJANDRA HONDA MERINO
COORDINADORA DE PROYECTO

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA

- Recomendaciones Generales:

- * Renovar análisis del Personal
 - Reacciones febriles
 - Exudado bucofaringeo
 - Coproexaminación parasitológica
- } Mina del Angel
Juguila
Cynthia.
- Llevar a bordo Kit de limpieza y desinfección, botiquín, bote p/basura.
 - Retomar los registros de bitácoras (trazabilidad)
 - Implementar adecuadamente las BPEM.
 - Realizar los procedimientos de limpieza y desinfección en herramientas y utensilios para realizar la Pesca así como para el almacenamiento.

FORMATO 7c: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INICIAL O DE MANTENIMIENTO

CLAVE DEL AVISO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS:		Clave de certificado: (aplica solo en auditoría interna de mantenimiento) AC-MB-20-21-194
NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL: S.C.P.P. Ponta Sacrificio S.C. de R.L de C.V.		RFC: PPP6101307X6
DOMICILIO DEL PERMISIONARIO: <i>(calle, número, colonia, C.P., Municipio, Estado)</i> Carretera a Pochutla, Puerto Ángel s/n, C.P. 70902 San Pedro Pochutla, Oaxaca		Fecha de reunión de apertura (dd/mm/aaaa): 12/09/2025 Hora de inicio: 06:30am
SITIO DE ARRIBO AUTORIZADO: <i>(calle, número, colonia, C.P., Municipio, Estado)</i> Puerto Ángel		
NOMBRE DE LAS EMBARCACIONES EVALUADAS: Mina del Ángel Jogala	ESPECIE (S) EVALUADA (S): 1.- 2.- Escama marina 3.- (...)	CAPACIDAD DE CAPTURA ANUAL: 12t.
DESTINO DE PRODUCCION: Nacional Exportación Ambos	PAIS(ES) DESTINO DE LA PRODUCCION: México	MARCAS DISTINTIVAS: NIA.
MÓDULO DE EJECUCIÓN EVALUADOS	CUMPLIMIENTO <i>(En caso de no aplicar algún módulo indicarlo como N/A)</i>	REFIERA LOS NUMERALES DE NO CONFORMIDAD <i>(Conforme al módulo evaluado del Manual de Buenas Prácticas)</i>
1.- PERMISO DE PESCA	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	No hay análisis actualizados del Personal No hay registros de bitácoras
2.- INSTALACIONES Y ARTES DE PESCA	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
3.- UBICACIÓN DE EQUIPO Y UTENSILIOS	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
4.- ABASTECIMIENTO DE AGUA Y HIELO	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
5.- MANEJO DE AGUA Y HIELO	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
6.- MANEJO Y CALIDAD DE LA CARNADA	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
7.- PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
8.- ELIMINACIÓN DE DESECHOS	SI (<input type="checkbox"/>) NO ()	
9.- MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS A BORDO	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
10.- CONTROL DE PLAGAS	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
11.- HIGIENE Y SALUD DEL PERSONAL.	SI () NO ()	
12.- MANEJO DEL PRODUCTO CAPTURADO.	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
13.- CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
14.- TRAZABILIDAD Y REGISTROS	SI () NO ()	
15.- EVALUACIONES INTERNAS	SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO ()	
DICTAMEN DE LA EVALUACION: Indique si cumple con los requisitos para iniciar con el proceso de certificación o mantener la vigencia del Certificado: SI () NO ()		
NOTA: Cuando dictamen de evaluación sea NO, la empresa deberá implementar las acciones correctivas, mismas que deberán describirse en el Formato 2 para su dictaminación, en cual deberá adjuntarse al presente y formará parte del expediente correspondiente.		
EVALUADO EX-U LOPEZ RIZO NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL: Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos y la información presentada como soporte y evidencia durante la auditoría son verídicos.	AUDITOR Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos y la información contenida en el presente documento, así como los que se adjuntan fueron revisados y cotejados al momento de la auditoría. NOMBRE Y FIRMA: Alejandra Honda Merino Clave de Autorización/No. Credencial: DGIAAP-24-PIPVA-020-037 Fecha de término (dd/mm/aaaa): 12/09/2025 Hora de término: 08:00am	

Original: Interesado

Copia: Evaluador

NOTA: Todos los campos del formato son obligatorios, de faltar información su solicitud no será procedente.

Qualquier declaración con falsedad que se manifieste en este informe, será sancionado conforme lo marca la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delito. Este informe de verificación es obligatorio para la expedición del Certificado de cumplimiento de Buenas Prácticas de Manejo a Bordo de Embarcaciones Menores, y formará parte del expediente de la solicitud correspondiente. Ningún Oficial Autorizado, Unidad de Verificación, Tercero Especialista, Persona Moral o Física y Organismo de Certificación deberán emitir certificados y/o reconocimientos sin el informe de auditoría respectivo.

Versión 2.1

Última actualización: Junio 2019

FORMATO 8: INFORME DE HALLAZGOS

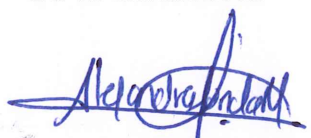
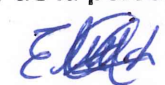
Nombre de la unidad: S.C.P.P. Punta Sacrificio S.C. de R.L. de C.V.					
Coordenadas geográficas de la Unidad de Producción Acuícola y Pesquera (en grados decimales):					
V1:	N: 15.666 729	O: -96.49235	V4:	N: /	O: - /
V2:	N: /	O: - /	V5:	N: /	O: - /
V3:	N: /	O: - /	V:	N: /	O: - /
No conformidades					
Módulo	Numeral (conforme a listas de evaluación)	Observación (descripción del motivo por el cual el numeral citado se dictamina como no conformidad)			Tipo de Contaminación*
11	22, 41	No cuentan con análisis de Personal Vigente			M.
14	28, 39, 11	No se tienen registros de bitácoras			F, Q, M

* F= físico; Q=químico; M= microbiológico

Comentarios, observaciones y/o aclaraciones derivadas de la auditoría:

Se realiza el compromiso de solventar las no conformidades para mantener el certificado vigente.

En el presente recuadro se deberá manifestar información que se considere relevante y que se tenga que hacer del conocimiento al SENASICA.

<p align="center">Nombre, firma y clave vigente del responsable de la auditoría</p> <p align="center"></p> <p align="center">Alejandra Honda Merino DGIAAP 21-PIPya-020-037</p>	<p align="center">Nombre, firma y de la persona auditada</p> <p align="center"></p> <p align="center">Elio Lopez Pizarro Firma</p>
---	--

NOTA: El presente formato entra en vigor a partir del 22° de julio de 2019. Todos los campos son obligatorios.

V1, V2, V3, VN: Son los vértices que corresponde a los puntos que delimitan el área, predio o superficie donde se encuentra la unidad sujeta a la auditoria, se deben colocar los necesarios para ubicar el polígono.

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: SCPP Punta Sacrificio S.C Producción ()
 Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Anexo 1 Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACU-OAX-20-0268 Fecha: 23/09/2025 Hora entrada: 07:00
 Localidad: Puerto Angel Municipio: San Pedro Bachajón Hora salida: 10:00

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos:
 Fecha de visita anterior: 18/08/2025

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
9 Procesamiento Primario	Otro: _____						

Se acordó a la visita de seguimiento, se atendió a la embarcación siete gotas. En cuanto a la solicitud de los documentos se entregaron los documentos en formato digital, hace falta el RNPA, enviarlo a la brevedad.

% de Implementación: _____ Fecha del reconocimiento /certificado: ____/____/____ Fecha de próxima visita: ____/____/____

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación	2.- Complemento a la Infraestructura
Platica de formación: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Taller: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Tema: _____	Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____ Notas: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología <input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos <input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>		
Plaguicidas <input type="checkbox"/>	Reacciones febriles <input type="checkbox"/>	superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>		
Metales pesados <input type="checkbox"/>	Coproparasitológico <input type="checkbox"/>	superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)			Especificar el objetivo: _____		

Notificación de Resultados: _____ Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:

Fecha de muestreo: ____/____/____
 Fecha de entrega: ____/____/____

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

[Firma]

P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
 Auxiliar de Campo

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
Formato de Asistencia Técnica

ANEXO 1

Listado de embarcaciones menores que se atendieron durante la visita

Nombre del permisionario: SC.P.P. Punta Sacrificio S.C de R.L de C.U
 No. de permiso de pesca: 1200 32 09 79 33
 Vigencia del permiso de pesca: 18/12/2025

No. de registro	Nombre de la embarcación	Especies que captura	% de Implementación	Observaciones/recomendaciones
1120-120- OAX-20 0265	Siete gotas Alejandro	Escama Marina	53.57%	Rellenar bitacoras

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR



P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
Técnico Auxiliar

RESPONSABLE DE LA EMPRESA



NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: SCPP. Punta Sacrificio S.C Producción ()
 Nombre de la Unidad:(para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Siete gotas Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACU-OAX-20-0265 Fecha: 23/09/2025 Hora entrada: 07:00
 Localidad Puerto Angel Municipio: San Pedro Abuchitla Hora salida: 08:40

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: Rellenar bitácoras
 Fecha de visita anterior: 18/08/2025

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón 2 Bagre 3 Tilapia 4 Trucha 5 Embarcación menor 6 Rana Toro 7 Carpa 8 Moluscos bivalvos

9 Procesamiento Primario Otro: _____

Se accedió a la embarcación "Siete gotas" la embarcación se encuentra limpia, cuenta con área exclusiva para productos químicos, los desechos orgánicos e inorgánicos se eliminan en un lugar adecuado.
 Recomendaciones: Rellenar bitácoras

% de Implementación: 53.57% Fecha del reconocimiento /certificado: ___/___/___ Fecha de próxima visita: ___/___/___

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación
 Platica de formación: No. Asistentes: _____
 Taller: No. Asistentes: _____
 Tema: _____

2.- Complemento a la Infraestructura
 Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
 Notas: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología	<input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos	<input type="checkbox"/>	exudado bucofaringeo	<input type="checkbox"/>
Plaguicidas	<input type="checkbox"/>	Reacciones febriles	<input type="checkbox"/>	superficies vivas	<input type="checkbox"/>
Metales pesados	<input type="checkbox"/>	Coproparasitológico	<input type="checkbox"/>	superficies inertes	<input type="checkbox"/>

Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto) _____ Especificar el objetivo: _____

Notificación de Resultados: Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:

Fecha de muestreo: ___/___/___
 Fecha de entrega: ___/___/___

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

[Firma]

P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
Auxiliar de Campo

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

[Firma]

NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: SCPP. Punta Sacri Fico SC de RLDCU Producción ()
 Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Siete gotas Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACU-OAX-20-0265 Fecha: 18/08/2025 Hora entrada: 08:30
 Localidad: Puerto Angel Municipio: San Pedro Pochutla Hora salida: 09:30

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: 1) cargar kit de limpieza
 Fecha de visita anterior: 18/07/2025 2) Rellenar bitácoras

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón 2 Bagre 3 Tilapia 4 Trucha 5 Embarcación menor 6 Rana Toro 7 Carpa 8 Moluscos bivalvos
 9 Procesamiento Primario Otro: _____

De acuerdo a la embarcación siete gotas, la embarcación menor se encuentra parcialmente limpia, área exclusiva para productos químicos, el motor cuenta con un detalle en el hidráulico, esta reparando el hidráulico, Producción Kg. _____
 Recomendación: Cargar kit de limpieza - Rellenar bitácoras
 % de Implementación: 39% Fecha del reconocimiento / certificado: ___/___/___ Fecha de próxima visita: ___/___/___

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación **2.- Complemento a la Infraestructura**
 Plática de formación: No. Asistentes: _____ Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
 Taller: No. Asistentes: _____ Notas: _____
 Tema: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/ Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología	<input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos	<input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo	<input type="checkbox"/>
Plaguicidas	<input type="checkbox"/>	Reacciones febriles	<input type="checkbox"/>	superficies vivas	<input type="checkbox"/>
Metales pesados	<input type="checkbox"/>	Coproparasitológico	<input type="checkbox"/>	superficies inertes	<input type="checkbox"/>
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)				Especificar el objetivo: _____	

Notificación de Resultados: _____ Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:
 Fecha de muestreo: ___/___/___
 Fecha de entrega: ___/___/___

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
 Auxiliar de Campo

NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
 PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica

ANEXO 1

Listado de embarcaciones menores que se atendieron durante la visita

Nombre del permisionario: SCPP. Punta Sacrificio S.C de R.L

No. de permiso de pesca: 1700 32 09 79 33

Vigencia del permiso de pesca: 18 / 12 / 2025


No. de registro	Nombre de la embarcación	Especies que captura	% de Implementación	Observaciones/ recomendaciones
110-ACU -OAX- 20-0265	siete gotas	Escama Marina	39%	Cargar kit de limpieza rellenar bitácoras

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR



P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
 Técnico Auxiliar

RESPONSABLE DE LA EMPRESA



NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: SCPP. Punta Sacrificio SE-de RL de CV Producción ()
 Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) North Western 4 Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACO-OAX-20-0265 Fecha: 18/07/2025 Captura ()
 Localidad: Puerto Angel Municipio: San Pedro Pochutla Hora entrada: 06:00
 Hora salida: 06:40

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: 1) Rellenar bitacorras
2) cargar kit de limpieza.
 Fecha de visita anterior: ___/___/___

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor <input checked="" type="checkbox"/>	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
9 Procesamiento Primario		Otro: _____					

Se acordó a la embarcación North Western 4, la embarcación se encuentra limpia, ordenada, hielera limpia, arte de pesca limpia, la embarcación no tiene foudo nociva, cuenta con área exclusiva para los productos químicos.
 Recomendaciones: 1) Rellenar las bitacorras 2) cargar kit de limpieza (cepillo, jabon, cloro)

% de Implementación: 81% Fecha del reconocimiento/certificado: ___/___/___ Fecha de próxima visita: ___/___/___

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación Platica de formación: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Taller: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Tema: _____	2.- Complemento a la Infraestructura Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____ Notas: _____
--	---

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/ Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología <input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos <input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>		
Plaguicidas <input type="checkbox"/>	Reacciones febriles <input type="checkbox"/>	superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>		
Metales pesados <input type="checkbox"/>	Coproparasitológico <input type="checkbox"/>	superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)			Especificar el objetivo: _____		
Notificación de Resultados:		Interpretación de Resultados: Positivo: <input type="checkbox"/> Negativo: <input checked="" type="checkbox"/>			
Fecha de muestreo: ___/___/___					
Fecha de entrega: ___/___/___					

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
 Auxiliar de Campo

NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
 PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica

ANEXO 1

Listado de embarcaciones menores que se atendieron durante la visita

Nombre del permisionario: SCPP. Punta Sacrificio S.C de R.L. de C.V

No. de permiso de pesca: 1200 32 0979 33

Vigencia del permiso de pesca: 18/12/2025

No. de registro	Nombre de la embarcación	Especies que captura	% de Implementación	Observaciones/ recomendaciones
116-ACU- OAX-20 0265	North Western 4	Tunidos	51%	1) Reemplazar bitucas 2) cargar kit de limpieza

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR



P. Biol. Mar. Victor Gabriel Hernández Morales
 Técnico Auxiliar

RESPONSABLE DE LA EMPRESA



NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: SC.PP. Punta Sacrificio SC. de RL de CV Producción ()
 Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Siete gotas Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACU-OAX-20-0263 Fecha: 18/07/2025 Hora entrada: 07:00
 Localidad: Puerto Angel Municipio: San Pedro Pochutla Hora salida: 08:00

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: 1) cargar kit de limpieza
2) Rellenar bitacoras
 Fecha de visita anterior: ___/___/___

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor <input checked="" type="checkbox"/>	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
9 Procesamiento Primario		Otro: _____					

De acudio a la embarcacion siete gotas, se encuentra parcialmente limpio, no cuenta con hielera, debido a que no a salido a pescar despues del Huracan Erick, tiene su área exclusiva para el combustible. Producción Kg. _____
 Recomendaciones: 1) cargar kit de limpieza 2) Rellenar bitacoras
 % de Implementación: 39% Fecha del reconocimiento /certificado: ___/___/___ Fecha de próxima visita: ___/___/___

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación	2.- Complemento a la Infraestructura
Platica de formación: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Taller: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____ Tema: _____	Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____ Notas: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/ Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología <input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos <input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>	Especificar el objetivo: _____	
Plaguicidas <input type="checkbox"/>	Reacciones febriles <input type="checkbox"/>	superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>		
Metales pesados <input type="checkbox"/>	Coproparasitológico <input type="checkbox"/>	superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)				Especificar el objetivo: _____	
Notificación de Resultados:		Interpretación de Resultados: Positivo: <input type="checkbox"/> Negativo: <input type="checkbox"/>			
Fecha de muestreo: ___/___/___		Fecha de entrega: ___/___/___			

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

[Handwritten Signature]

P. Biol. Mar. Víctor Gabriel Hernández Morales
Auxiliar de Campo

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

[Handwritten Signature]

NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
Formato de Asistencia Técnica

ANEXO 1

Listado de embarcaciones menores que se atendieron durante la visita

Nombre del permisionario: S.C.P.P. Punta Sacrificio S.C de RL
 No. de permiso de pesca: 120032097933
 Vigencia del permiso de pesca: 18/12/2025

No. de registro	Nombre de la embarcación	Especies que captura	% de Implementación	Observaciones/ recomendaciones
110-ACU OAX-20 0265	ste te gotas	Tunidos	39%	1) cargar kit de limpieza 2) rellenar bitacora

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR



P. Biol. Mar. Victor Gabriel Hernández Morales
Técnico Auxiliar

RESPONSABLE DE LA EMPRESA



NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: Punta Sacrificio Producción ()

Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Mina del Ángel Procesamiento Primario ()

No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) INO-ACO-OAX-20-0265 Fecha: 11/03/2025 Hora entrada: 6 : 00

Localidad Pito Ángel Municipio: San Pedro Pochutlan Hora Salida: 6 : 30

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: Implementar Bote de basura
Estudios de personal

Fecha de visita anterior: ___/___/___

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
				<input checked="" type="checkbox"/>			
Procesamiento Primario		Otro: _____					
9 Procesamiento Primario		Otro: _____					

Se acordó con la unidad mina del Ángel, dicha unidad se encuentra limpia en lo general, contaba con kit de limpieza, Botiquín, trazabilidad digital, gasolina separada de producto, producto bien etiquetado, se extiende la recomendación de Implementar bote de basura y estudios de personal.

Producción Kg. _____

% de Implementación: 85% Fecha del reconocimiento /certificado: N/A Fecha de próxima visita: 11/04/2025

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación	2.- Complemento a la Infraestructura
Plática de formación: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____	Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
Taller: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____	Notas: _____
Alma: _____	

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/Personal/ Otro	Objetivo del muestreo:
Microbiología <input type="checkbox"/> Residuos tóxicos <input type="checkbox"/> exudado bucofaringeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>
Plaguicidas <input type="checkbox"/> Reacciones febriles <input type="checkbox"/> superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>
Metales pesados <input type="checkbox"/> Coproparasitológico <input type="checkbox"/> superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)	Especificar el objetivo: _____
Notificación de Resultados:	Interpretación de Resultados: Positivo: <input type="checkbox"/> Negativo: <input type="checkbox"/>
Fecha de muestreo: ___/___/___	
Fecha de entrega: ___/___/___	

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Rodrigo A. [Firma]
 NOMBRE Y FIRMA

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario S.C.P.P. Punta Sacrificio Producción ()
 Nombre de la Unidad: *(para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1)* SC. de R.L. de C.U. Procesamiento Primario ()
Ver Anexo 1 Captura (/)
 No. de Registro: *(para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1)* Ver Anexo 1 Fecha: 30/05/2025 Hora entrada: 12:00
 Localidad Puerto Angel Municipio: San Pedro Pochutla Hora salida: 15:00

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre-Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: Actualización de registros
Renovar analisis del personal
 Fecha de visita anterior: ____/____/____

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor	<input checked="" type="checkbox"/> 6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
9 Procesamiento Primario		Otro: _____					

Se acordó con la cooperativa S.C.P.P. Punta Sacrificio S.C. de R.L. de C.U. para realizar visita de mantenimiento ya que cuenta con certificado vigente con clave AC-MB-20-24-194 con fecha de vigencia del 18/04/2026. la embarcación se observa limpia. Cuenta con kit de limpieza y desinfección, hielera limpia, herramientas y utensilios en buenas condiciones. Realiza adecuadamente el lavado de manos.
 Recomendación: 1) Renovar analisis del personal 2) Actualización de registros
 % de Implementación: 93% Fecha del reconocimiento/certificado: ____/____/____ Fecha de próxima visita: ____/____/____

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación

Platica de formación: No. Asistentes: _____
 Taller: No. Asistentes: _____
 Tema: _____

2.- Complemento a la Infraestructura

Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
 Notas: _____

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/Personal/ Otro				Objetivo del muestreo:	
Microbiología	<input type="checkbox"/>	Residuos tóxicos	<input type="checkbox"/>	exudado bucofaríngeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>
Plaguicidas	<input type="checkbox"/>	Reacciones febriles	<input type="checkbox"/>	superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>
Metales pesados	<input type="checkbox"/>	Coproparasitológico	<input type="checkbox"/>	superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>

Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto)

Especificar el objetivo: _____

Notificación de Resultados:

Fecha de muestreo: ____/____/____
 Fecha de entrega: ____/____/____

Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

Alejandra Honda Merino
 ING. ALEJANDRA HONDA MERINO
 COORDINADORA DE PROYECTO

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Elysa Lopez Perez
 NOMBRE Y FIRMA

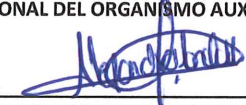
COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
 PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica

ANEXO 1

Listado de embarcaciones menores que se atendieron durante la visita

Nombre del permisionario: S.C.P.P. Punta Sacrificio S.C. de R.L. de C.V.
 No. de permiso de pesca: 1200 32 99 70 33
 Vigencia del permiso de pesca: 18/12/2025

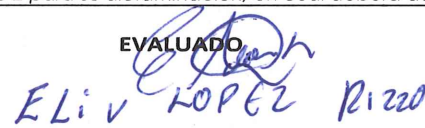
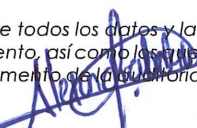
No. de registro	Nombre de la embarcación	Especies que captura	% de Implementación	Observaciones/recomendaciones
INO-ACU-DAX-20-0265	Juquila	Tonidos	93%	- Renovar analisis de Personal - Actualización de registros.

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

 ING. ALEJANDRA HONDA MERINO
 COORDINADORA DE PROYECTO

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

ELIO LOPEZ RIZO
 NOMBRE Y FIRMA

FORMATO 7c: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INICIAL O DE MANTENIMIENTO

CLAVE DEL AVISO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS:		Clave de certificado: (aplica solo en auditoría interna de mantenimiento) AC-MB-20-24-194	
NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL: S.C.P.P. Punta Sacrificio SC. de RL. de CV.		RFC: PPP0101307X6	
DOMICILIO DEL PERMISIONARIO: (calle, número, colonia, C.P., Municipio, Estado) Carretera a Pochutla, Puerto Ángel, C.P. 70902, San Pedro Pochutla, Oaxaca.		Fecha de reunión de apertura (dd/mm/aaaa): 30/05/2025	
SITIO DE ARRIBO AUTORIZADO: (calle, número, colonia, C.P., Municipio, Estado) Bahia de Puerto Ángel		Hora de inicio:	
NOMBRE DE LAS EMBARCACIONES EVALUADAS: Juquila	ESPECIE (S) EVALUADA (S): 1.- Tunidos 2.- Escama Marina (...)	CAPACIDAD DE CAPTURA ANUAL: 120t	
DESTINO DE PRODUCCION: Nacional (x) Exportación () Ambos ()	PAIS(ES) DESTINO DE LA PRODUCCION: México	MARCAS DISTINTIVAS: N/A	
MÓDULO DE EJECUCIÓN EVALUADOS	CUMPLIMIENTO (En caso de no aplicar algún módulo indicarlo como N/A)		REFIERA LOS NUMERALES DE NO CONFORMIDAD (Conforme al módulo evaluado del Manual de Buenas Prácticas)
1.- PERMISO DE PESCA	SI (/)	NO ()	Renovar análisis del personal Actualización de registros.
2.- INSTALACIONES Y ARTES DE PESCA	SI (/)	NO ()	
3.- UBICACIÓN DE EQUIPO Y UTENSILIOS	SI (/)	NO ()	
4.- ABASTECIMIENTO DE AGUA Y HIELO	SI (/)	NO ()	
5.- MANEJO DE AGUA Y HIELO	SI (/)	NO ()	
6.- MANEJO Y CALIDAD DE LA CARNADA	SI (/)	NO ()	
7.- PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	SI (/)	NO ()	
8.- ELIMINACIÓN DE DESECHOS	SI (/)	NO ()	
9.-MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS A BORDO	SI (/)	NO ()	
10.- CONTROL DE PLAGAS	SI (/)	NO ()	
11- HIGIENE Y SALUD DEL PERSONAL.	SI ()	NO ()	
12.- MANEJO DEL PRODUCTO CAPTURADO.	SI (/)	NO ()	
13.- CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	SI (/)	NO ()	
14.- TRAZABILIDAD Y REGISTROS	SI ()	NO ()	
15.-EVALUACIONES INTERNAS	SI (/)	NO ()	
DICTAMEN DE LA EVALUACION: Indique si cumple con los requisitos para iniciar con el proceso de certificación o mantener la vigencia del Certificado: SI (/) NO ()			
NOTA: Cuando dictamen de evaluación sea NO , la empresa deberá implementar las acciones correctivas, mismas que deberán describirse en el Formato 2 para su dictaminación, en cual deberá adjuntarse al presente y formará parte del expediente correspondiente.			
EVALUADO:  ELI V. LOPEZ RIZZO NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL: Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos y la información presentada como soporte y evidencia durante la auditoría son verídicos.		AUDITOR Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos y la información contenida en el presente documento, así como los que se adjuntan fueron revisados y cotejados al momento de la auditoría. NOMBRE Y FIRMA:  Alejandra Honda Merino Clave de Autorización/No. Credencial: DGIAAP-24-PIPyA-020-037 Fecha de término (dd/mm/aaaa): 30 / 05 / 2025 Hora de término: 15:00	

Original: Interesado

Copia: Evaluador

NOTA: Todos los campos del formato son obligatorios, de faltar información su solicitud no será procedente.

Cualquier declaración con falsedad que se manifieste en este informe, será sancionado conforme lo marca la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delito. Este informe de verificación es obligatorio para la expedición del Certificado de cumplimiento de Buenas Prácticas de Manejo a Bordo de Embarcaciones Menores, y formará parte del expediente de la solicitud correspondiente. Ningún Oficial Autorizado, Unidad de Verificación, Tercero Especialista, Persona Moral o Física y Organismo de Certificación deberán emitir certificados y/o reconocimientos sin el informe de auditoría respectivo.

FORMATO 8: INFORME DE HALLAZGOS



Nombre de la unidad: S.C.P.P. Punta Sacrificio S.C. de R.L. de C.U.					
Coordenadas geográficas de la Unidad de Producción Acuícola y Pesquera (en grados decimales):					
V1:	N: 15.666729	O: - 96.49235	V4:	N: /	O: - /
V2:	N: /	O: - /	V5:	N: /	O: - /
V3:	N: /	O: - /	V:	N: /	O: - /
No conformidades					
Módulo	Numeral <small>(conforme a listas de evaluación)</small>	Observación <small>(descripción del motivo por el cual el numeral citado se dictamina como no conformidad)</small>	Tipo de Contaminación*		
11	22.41	Renovación de análisis del Personal			
		- Exudado bucofaringeo			
		- Copro para sitoscópico			
		- Reacciones febriles	M		

* F= físico; Q=químico; M= microbiológico

Comentarios, observaciones y/o aclaraciones derivadas de la auditoría:

Se realiza el compromiso de solventar la observación emitida

En el presente recuadro se deberá manifestar información que se considere relevante y que se tenga que hacer del conocimiento al SENASICA.

<p style="text-align: center;">Nombre, firma y clave vigente del responsable de la auditoría</p> <div style="text-align: center;">  <u>Alejandra Honda Merino</u> DGIAAP-24-PBPEMyEM-20-025 </div>	<p style="text-align: center;">Nombre, firma y de la persona auditada</p> <div style="text-align: center;">  <u>Elio Lopez Pizarro</u> Firma </div>
--	---

NOTA: El presente formato entra en vigor a partir del 22° de julio de 2019. Todos los campos son obligatorios.

V1, V2, V3, VN: Son los vértices que corresponde a los puntos que delimitan el área, predio o superficie donde se encuentra la unidad sujeta a la auditoria, se deben colocar los necesarios para ubicar el polígono.

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: Punta Sacrificio Producción ()

Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Mina del agua Procesamiento Primario ()

No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) 110-Acu-OAX-20- Fecha: 28/02/2015 Hora entrada: 6 : 50

Localidad Pto Angel Municipio: San Pedroochtepec Hora Salida: 6 : 40

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre Auditoria Otro: _____

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos: Estudios de personal
Bote de basura

Fecha de visita anterior: ___/___/___

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procesamiento Primario Otro: _____

La embarcación se encontraba limpia en general contaba con elementos ordenados, gasolina separada de alimentos, hielera con suficiente hielo, producto bien almacenado, bitácoras digitales presentadas. Se extiende la recomendación de implementar bote de basura y estudios

% de Implementación: 85% Fecha del reconocimiento /certificado: N/A Fecha de próxima visita: 28/03/2015

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación	2.- Complemento a la Infraestructura
Platica de formación: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____	Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
Taller: <input type="checkbox"/> No. Asistentes: _____	Notas: _____
Tema: _____	

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/ Personal/ Otro	Objetivo del muestreo:
Microbiología <input type="checkbox"/> Residuos tóxicos <input type="checkbox"/> exudado bucofaringeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>
Plaguicidas <input type="checkbox"/> Reacciones febriles <input type="checkbox"/> superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>
Metales pesados <input type="checkbox"/> Coproparasitológico <input type="checkbox"/> superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: _____
Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto) Especificar el objetivo: _____	
Notificación de Resultados:	Interpretación de Resultados: Positivo: <input type="checkbox"/> Negativo: <input type="checkbox"/>
Fecha de muestreo: ___/___/___	
Fecha de entrega: ___/___/___	

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Rodrigo A. Rodríguez N. A.
 NOMBRE Y FIRMA

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA

COMITÉ OAXAQUEÑO DE SANIDAD E INOCUIDAD ACUÍCOLA A.C.
PROGRAMA DE INOCUIDAD ACUÍCOLA Y PESQUERA
 Formato de Asistencia Técnica



A) Datos de la Unidad de Producción o Permisionario

Empresa/Productor/Permisionario: S.C.C.P. Punta Sacristido Producción ()
 Nombre de la Unidad: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) Mina del Ángel Procesamiento Primario ()
 No. de Registro: (para el caso de embarcaciones menores utilizar el Anexo 1) NO-ACU-OAX-20- Fecha: 13/01/2025 Captura
 Localidad Punta Ángel Municipio: San Pedro Pochutla Hora entrada: 6 : 40
 Hora Salida: 7 : 20

B) Tipo de visita realizada

Diagnóstico Seguimiento Mantenimiento Pre Auditoria Otro:

C) Seguimiento de actividades

Atendió recomendaciones anteriores: Sí No Comentarios/compromisos:

Fecha de visita anterior: ___/___/___

-Bote de basura.

D) Asistencia Técnica: Recomendaciones/Acuerdos

1 Camarón	2 Bagre	3 Tilapia	4 Trucha	5 Embarcación menor	6 Rana Toro	7 Carpa	8 Moluscos bivalvos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesamiento Primario		Otro:					
9 Procesamiento Primario							

La embarcación se encontraba en buenas condiciones en general, contaba con su kit de limpieza, botiquín, artes de pesca limpias, proyecto embalsado, maestro bitacorras digitales, se le extiende la recomendación de implementar bote de basura dentro la embarcación.

% de Implementación: 85% Fecha del reconocimiento /certificado: ___/___/___ Fecha de próxima visita: ___/___/___

E) Acciones complementarias

1.- Capacitación

Platica de formación: No. Asistentes: _____
 Taller: No. Asistentes: _____
 Tema: _____

2.- Complemento a la Infraestructura

Tipo de apoyo: _____ Cantidad: _____
 Notas:

F) Toma de Muestra

Agua/ Producto/ Superficie/ Personal/ Otro	Objetivo del muestreo:
Microbiología <input type="checkbox"/> Residuos tóxicos <input type="checkbox"/> exudado bucofaringeo <input type="checkbox"/>	Para trámite de certificación: <input type="checkbox"/>
Plaguicidas <input type="checkbox"/> Reacciones febriles <input type="checkbox"/> superficies vivas <input type="checkbox"/>	Para auditoria interna anual: <input type="checkbox"/>
Metales pesados <input type="checkbox"/> Coproparasitológico <input type="checkbox"/> superficies inertes <input type="checkbox"/>	Otro: _____

Notas: (especificar si el muestreo fue en agua o producto) Especificar el objetivo: _____

Notificación de Resultados:

Fecha de muestreo: ___/___/___
 Fecha de entrega: ___/___/___

Interpretación de Resultados: Positivo: Negativo:

PERSONAL DEL ORGANISMO AUXILIAR

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA EMPRESA

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA