**Requerimientos Generales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Actividad | Bioseguridad, Toma y Envío de Muestras  |
| Nombre del área Técnica a que corresponde | DT de Salud Animal  |
| Descripción de la actividad a proponer | Auditorias de la bioseguridad, toma y envío de muestras al IHIMV de los establecimientos Avícolas |
| La actividad está relacionada con?: | Medida de Control Sanitaria  | [x]  **SI** | [ ]  **NO** |
| ¿En caso que su respuesta sea x si, indique que plaga o enfermedad es? y sus implicaciones: De las enfermedades de notificación obligatoria, como ser: Newcastle, Influenza Aviar, Laringotraqueítis Infecciosa Aviar y Salmonella Aviar (Pullorum y Gallinarum) |
| Especificque el marco legal y técnico vigente: | **Legal:**  |
| Ley Zoo fitosanitaria, Decreto 157-94, 13 de enero de 1995 |
| Ley Zoo Fitosanitaria, Modificada, Decreto 344-2005 |
| Creación de Servicio Nacional de Sanidad e Inocuidad Agroalimentaria, PCM-015-2020 |
| Reglamento General de Autorización de Terceros, Acuerdo CD SENASA 006-2020 |
| Reglamento para la Prevención, Control y Erradicación de Enfermedades Aviares |
|  Reglamento del Programa Avícola Nacional, acuerdo 007-2018 |
|  Reglamento del Programa Avícola Nacional, Acuerdo Modificado |
| Manual de Autorización de Terceros en Actividades del Área Avícola |
| Manual de Procesos y Procedimientos para la Autorización de Actividades Agropecuarias |
| **Técnicos:** |
| Manual de Bioseguridad en Actividades del Área Avícola |
| Guía para regular el Proceso de Inspección y Certificación de Establecimientos Avícolas |
| Guía para la aplicación del formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en granjas |
| Guía para la aplicación del formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en Incubadoras |
| Formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en granjas de pollo de engorde |
|  Formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en granjas de gallinas de postura comercial |
| Formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en granjas de aves reproductoras pesadas y livianas |
| Formato de Evaluación de Medidas de Bioseguridad en Incubadoras del Área Avícola |
|  Instructivo Para la Correcta Recolección y Transporte de Muestras Aviares al Laboratorio. IHIMV-IT-01 |
| Procedimiento Técnico para la Manipulación de los Ítems de Ensayo |
| Protocolo para la Toma y Envío de Muestras al Laboratorio |
| Registro del Compromiso de Imparcialidad y Confidencialidad |
| Registro de Recepción de Muestras |
| Registro del Rechazo de Muestras |
| Indicar el ejecutor de la actividad: | [ ] **SENASA**  | [ ] **Ente Externo** | [x] **Nva. Actividad** |
| Si es SENASA, especifique el o los departamento(s) a cargo de su ejecución: | DT de Salud Animal, Coordinación del Programa Avícola Nacional  |
| Fecha que requiere ser implementada: | 22/11/2021 |
| Magnitud o cuantificación de la actividad (indique el número de prestaciones de servicios que permiten cubrir la demanada actual o esperada) | Con esta actividad el SENASA podrá cubrir la demanda del sector semi e industrial (334 Est. Avic.) y 200 Est. Artesanales y de traspatio |
| Indique si existe estacionalidad en la prestación de servicios | [ ]  **SI** | [x]  **NO** |
| Explique su respuesta: | N/A |
| ¿Cual es el logro con la autorización de la actividad? | Mejora en la capacidad de respuesta | [x]  **SI** | [ ]  NO |
| Cobertura del Servicio | [x]  **SI** | [ ]  NO |
| Explique su respuesta: | El SENASA logrará ampliar su cobertura a casi el 100% de la población Avícola, tener un estatus sanitario optimo el cual sea reconocido por países terceros y la OIE, por lo que Honduras exportaría productos y sub productos de origen avícola |
| Comente otros aspectos de interés no considerados: | Esta cobertura pone a Honduras en un estatus de equivalencia con el USDA y APHIS para poder exportar productos y subproductos de origen avícola, ya que actualmente solo puede exportar productos procesados. |

|  |
| --- |
| **Justificaciones** (seleccione para cada item la opción que corresponda): |
| 1. Demanda actual no satisfecha por el Servicio
 | [x]  **SI** | [ ]  NO |
| 1. Nueva actividad asumida por el Servicio
 | [ ]  **SI** | [x]  NO |
| 1. Existencia en el sector privado la capacidad de realizar la actividad
 | [x]  **SI** | [ ]  NO |
| Otra, especifique: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. Marco Antonio Baquedano 27/10/2021

Nombre y firma del Jefe (a) de área solicitante Fecha de solicitud

USO ECLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE AUTORIZACIÓN

Dr. Howard A. Padgett Haga clic aquí coloque su firma y sello.

Nombre del Personal del UAT que Revisa Firma del Personal del UAT que Revisa

Resultado de la revisión:

|  |
| --- |
| Aprobada |

Fecha de realizada la revisión: 23/8/2021