PROMAIZ	REGISTRO DE RECALL		
	Versión: 00 Fecha: 27/06/2018	Página: 1 de 6	Cód: R-SIG-24

Fecha: _____ Hora Inicio: _____ Hora Fin: _____

☐ Situación retiro y/o recuperación

☐ Simulacro de retiro y/o recuperación

IDENTIFICACION DEL PRODUCTO AFECTADO

¿Quién recibió el reclamo?_____

	¿Cómo se enteró del problema?	**Fecha de Detección**
	Aviso del cliente	
	Aviso del consumidor final	
	Aviso del proveedor	
	Autoridades fiscalizadoras	
	Detección interna	

	TIPO DE PRODUCTO AFECTADO
	Producto terminado
	Producto terminado en planta
	Producto en proceso, en planta
	Material de empaque / embalaje
	Materia prima

DATOS DEL PRODUCTO			
Nombre del Producto / Formato	**Lote**	**Fecha de Vencimiento**	**Tipo de Envase**

	TIPO DE PELIGRO		
	Físico		Biológico
	Químico		Otro

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

EVALUACIÓN DEL RIESGO		
Situación	**SI**	**NO**
¿El producto ocasionó daño grave al cliente?		
¿El producto ocasionó daño grave al consumidor?		
¿El producto no cumple los acuerdos contractuales con el cliente?		
¿El producto no cumple la legislación vigente?		

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, INICIAR INVESTIGACIÓN PARA IDENTIFICAR LA TOTALIDAD DEL PRODUCTO AFECTADO.

¿Se ejecuta procedimiento de trazabilidad?	**SI**	**NO**

NOTA: ADJUNTAR REGISTRO DE TRAZABILIDAD Y DOCUMENTACIÓN ASOCIADA.

RESULTADO DE ANÁLISIS

CUANTIFICACION DEL PRODUCTO AFECTADO			
Cantidad de Producto	**Lote**	**¿Recuperación?**	**¿Retiro?**

JUSTIFICACION

BALANCE DE MASA

TIPO DE RECALL	
	Tipo I
	Tipo II
	Tipo III

¿Se realizó comunicación con el cliente?	SI	NO

En caso de respuesta afirmativa adjuntar documentos de respaldo (correos, carta formal etc).
En caso de respuesta negativa por favor justifique:

¿Es necesario notificar a la autoridad sanitaria y/o al consumidor?	SI	NO

En caso de respuesta afirmativa adjuntar documentos de respaldo (correos, carta formal etc).
En caso de respuesta negativa por favor justifique:

DATOS DE RETIRO	RETIRO INTERNO	RETIRO EXTERNO
Rotulación del producto afectado		
Ubicación del producto afectado		
Destino del producto afectado Si indica reproceso y/o redestino, adjunte a este registro toda la información necesaria (incluyendo análisis de ser necesario) que aseguren que el alimento es inocuo.		
Cantidad de producto eliminado		
Fecha de eliminación		
Empresa encargada del retiro del producto		
Guía de eliminación		

ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR
Responsable:

PARTICIPANTES DEL PROCEDIMIENTO	FIRMA
Gerente de Operaciones	
Gerente Comercial	
Jefe de Control de Calidad	
Jefe de Producción	
Supervisor de Logística & Despacho	
Líder del Equipo de Inocuidad	

VERIFICACION	
Fecha	
Nombre y Apellido	
Firma	