

DISTRIBUIDORA DE CARNES

sanagustín

loricodelavida

FORMATO: DSA.08

CONTROL

VISCERAS

cerdo

SEMANA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ RESP. DE ÁREA: \_\_\_\_\_

TOTAL DE Cr PARA DSA: \_\_\_\_\_

T. HEMBRAS: \_\_\_\_\_ T. MACHOS: \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: RESPONSABLE DE ÁREA este formato se entrega diario al área administrativa antes de las 9:00 am

FOLIO: \_\_\_\_\_

PZAS = T.KG

PATAS

BUCHE

NANAS

TRIPAS


PZAS.

DECOMISOS?

SI

☐

NO

☐

ESPECIFICAR

NOTA: en caso de **DECOMISO** se especifica la pieza, la causa y se subraya con marcador fluorescente los campos.  
Se solicita la **firma de MVZ del rastro** en turno.

	CANT.	ASADURA			ID. CLIENTE	STATUS	
		TRIPA LONGA	ASADURA COMP.	PAGÓ		ADEUDA	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

UNA VARILLA DE CERDO incluye: hígado, bife, asadura&lt;corazón, vaso y tripa de rellena&gt;

TOTAL DE VARILLAS INGRESADAS A DSA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN CONTÓ/RECIBIÓ

EN CASO DE DECOMISO

NOMBRE Y FIRMA DEL MVZ EN TURNO DEL RASTRO

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA RESP. DIST.LOGÍSTICA

NOMBRE Y FIRMA ÁREA ADMINISTRATIVA

ORIGINAL

FORMATO CONTROL INTERNO

DISTRIBUIDORA DE CARNES

sanagustín

loricodelavida

FORMATO: DSA.08

CONTROL

VISCERAS

cerdo

SEMANA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ RESP. DE ÁREA: \_\_\_\_\_

TOTAL DE Cr PARA DSA: \_\_\_\_\_

T. HEMBRAS: \_\_\_\_\_ T. MACHOS: \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: RESPONSABLE DE ÁREA este formato se entrega diario al área administrativa antes de las 9:00 am

FOLIO: \_\_\_\_\_

PZAS = T.KG

PATAS

BUCHE

NANAS

TRIPAS


PZAS.

DECOMISOS?

SI

☐

NO

☐

ESPECIFICAR

NOTA: en caso de **DECOMISO** se especifica la pieza, la causa y se subraya con marcador fluorescente los campos.  
Se solicita la **firma de MVZ del rastro** en turno.

	CANT.	ASADURA			ID. CLIENTE	STATUS	
		TRIPA LONGA	ASADURA COMP.	PAGÓ		ADEUDA	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

UNA VARILLA DE CERDO incluye: hígado, bife, asadura&lt;corazón, vaso y tripa de rellena&gt;

TOTAL DE VARILLAS INGRESADAS A DSA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN CONTÓ/RECIBIÓ

EN CASO DE DECOMISO

NOMBRE Y FIRMA DEL MVZ EN TURNO DEL RASTRO

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA RESP. DIST.LOGÍSTICA

NOMBRE Y FIRMA ÁREA ADMINISTRATIVA

ORIGINAL

FORMATO CONTROL INTERNO