|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PARA PERSONAS JURÍDICAS** | Código: F-ATR-AAT-214  Versión:02 |

Señor(a) Director(a) Regional del Servicio Agrícola y Ganadero de la Región………………………………, el suscrito que más abajo se identifica, viene a presentar a Ud. para su tramitación, *Solicitud de autorización de Terceros para la ejecución de Tratamientos Fitosanitarios*. El(los) tratamiento(s) a cuya autorización se postula son:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tratamiento de Fumigación con Bromuro de Metilo** |  |
| **Tratamiento de Fumigación con Fosfina** |  |
| **Tratamiento de Desinfección y Desinfestación** |  |
| **Destrucciones** |  |
| **Tratamientos térmicos** |  |
| **Tratamientos NIMF 15** |  |

***Sección I:* Identificación del postulante**

Antecedentes de la persona jurídica

Razón Social: .........................................................................................................

Nº de RUT: ...........................................................................................................

Domicilio:

Calle Nº Depto Villa, condominio, población u otro.

Comuna Ciudad Región

Nº de teléfono: ................ Correo electrónico:................

Antecedentes del Representante Legal

Nombre completo: .................................................................................................

Nº de Cédula de Identidad: .....................................................................................

Nacionalidad: ………………………………. Sexo: -Hombre… … -Mujer……. Domicilio:

Calle Nº Depto Villa, condominio, población u otro.

Comuna Ciudad Región

Nº de teléfono de contacto: ................... Correo electrónico:........................



Firma del representante legal del postulante

Página 39 de 89

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PARA PERSONAS JURÍDICAS** | Código: F-ATR-AAT-214  Versión:02 |

***Sección II:* Identificación de la Oficina Comercial del Tercero Autorizado**

Domicilio:

Calle Nº Depto. Villa, condominio, población u otro.

Comuna Ciudad Región

Nº de teléfono de contacto: ...................... Correo electrónico:......................

Identificación de la(s) UTF para la cual se solicita la autorización

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre UTF | Indicar tipo de UTF | Tratamiento Fitosanitario al que postula a la  autorización | Dirección de la UTF (Dirección completa) | Ubicación Geográfica de la UTF  (mts.) | Datum | Huso |
|  | 1. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 2. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 3. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 4. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 5. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 6. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
|  | 7. |  |  |  |  | WGS 84 |  |
| *Este formulario consta de cinco (5) hojas, y debe ser presentado completo, aun cuando las secciones III, IV y V son de uso exclusivo del Servicio Agrícola y Ganadero.* | | | | | | | |

Página 40 de 89

***Sección III: Recepción de la solicitud persona jurídica***

Fecha recepción: .......... Dirección Regional SAG .............................................................

Nombre personal SAG que recepciona:...........................................................................

Firma personal SAG que recepciona

***Sección IV: Revisión y evaluación documental de la solicitud***

* 1. Indicar si la solicitud está acompañada de la siguiente documentación:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fotocopia Rol Único Tributario del postulante. |  |
| 2. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del representante legal o del documento de identificación oficial para el caso de extranjeros |  |
| 3. Documento que acredite la personería del representante legal para actuar en nombre del postulante. |  |
| 4. Fotocopia de la escritura social de constitución, con sus respectivas modificaciones si las hubiere. |  |
| 5. Fotocopia de la publicación de extracto respectivo cuando corresponda |  |
| 6. Certificado de vigencia emitido por la autoridad competente. |  |
| 7. Formulario de identificación de los responsables técnicos y personal técnico Calificado, indicando nombre completo, Cédula de Identidad y firma. |  |
| 8. Certificado de título de cada uno de los Responsable(s) Técnico(s) y certificado de título o egreso de cada Personal Técnico Calificado identificados anteriormente, o fotocopia legalizada ante notario |  |
| 9. Currículo de cada uno de los Responsable(s) Técnico(s) y Personal Técnico Calificado identificados anteriormente. |  |
| 10. Certificado de aprobación de curso de capacitación obligatorio, de cada  responsable técnico identificado, de acuerdo al requisito establecido en el Reglamento. |  |
| 11. Certificados de aprobación de examen de autorización, del Personal Técnico  Calificado identificados anteriormente, de acuerdo al requisito establecido en el numeral 4.1-a) y b)-ii), de este Reglamento. |  |
| 12. Planos de la ubicación en donde se aplicarán los Tratamiento(s) Fitosanitario(s)  asociados a la UTF Fija que se postula a la autorización, áreas de resguardo y la distancia hacia lugares poblados. |  |
| 13. Modelo de dispositivo de resguardo en formato digital y un original (metálico o plástico), numerado. |  |
| 14. Autorización de publicación de datos de Terceros Autorizados en el sitio Web de SAG |  |
| 15. Lista y descripción de equipamientos, instrumental y materiales disponibles para efectuar y controlar los procesos de tratamiento. |  |
| 16. Copia del comprobante del pago realizado por concepto de postulación a la  autorización, de acuerdo al sistema tarifario vigente. |  |
| 17. Cuatro (4) ejemplares del convenio de autorización, firmadas en original por el Tercero Autorizado o el representante legal en caso de persona jurídica. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 18. Declaración jurada simple donde se declara que el postulante: 1) cumple con los requisitos y condiciones para postular, 2) no tiene causales de inhabilidad, y 3) el postulante, su representante legal y el/los Responsable(s) Técnico(s) no tienen cónyuge o parientes que sean funcionarios, trabajadores o asesores a cualquier título o calidad jurídica del SAG, 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 |  |
| **b)La presente solicitud se califica como documentalmente** *(completa/incompleta)* | |

**NOTIFICACIÓN DOCUMENTACIÓN FALTANTE**

En caso que el resultado de la letra **b)** sea **solicitud incompleta**:

Indicar los antecedentes o información faltantes:

............................................................................................................

Nombre personal SAG que notifica a la entidad postulante de la documentación faltante:

..........................................................................................................................................

……………………………………

Firma personal SAG que notifica

Fecha de notificación: ...............................................

**Nombre y firma asesor jurídico**

**Nombre y firma personal técnico que evalúa**

**VALIDACIÓN TÉCNICA-JURÍDICA DE LA EVALUACIÓN**

En caso que el resultado de la letra b) sea SÍ:

¿La organización postulante cumple con los requisitos técnicos y legales para optar a la autorización en el Registro? **SI**............... **NO**...............

Indicar fundamento en caso que la organización que postula **no cumpla** con los requisitos:

**RECEPCIÓN DOCUMENTACIÓN FALTANTE**

Nombre personal SAG que recepciona documentación faltante:

.......................................................................................................................

Firma personal SAG que recepciona Fecha de recepción: ...........................................

***Sección V: Recomendación del (la) Director(a) Regional***

En vista de la evaluación documental y de los Informes de Verificación de cada una de las UTF respecto de las cuales el postulante solicita autorización, este(a) Director(a) Regional recomienda:

Rechazar la autorización de la (las) siguiente(s) UTF presentadas para autorización:

1.............................................................................................................

2...................................................................................................................

3...................................................................................................................

4...................................................................................................................

5...................................................................................................................

6...................................................................................................................

7...................................................................................................................

8...................................................................................................................

9...................................................................................................................10.............................................................................................................

Fundamento...............................................................................................................

...............................................................................................................

...............................................................................................................

Aprobar la autorización de la (las) siguiente(s) UTF:

1...................................................................................................................

2...................................................................................................................

3...................................................................................................................

4...................................................................................................................

5...................................................................................................................

6...................................................................................................................

7...................................................................................................................

8...................................................................................................................

9...................................................................................................................

10.............................................................................................................

Fundamento...............................................................................................................

...............................................................................................................

...............................................................................................................



Nombre de Director (a) Regional Firma y timbre.

Fecha, …………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DECLARACIÓN JURADA SIMPLE PARA LA AUTORIZACIÓN DE TERCEROS PARA LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS O MEDIDAS FITOSANITARIAS PERSONA JURÍDICA** | Código: F-ATR-AAT-215  Versión:02 |

Por el presente instrumento, yo .....................................................................…, Cédula

de Identidad Nº ……......................... de nacionalidad................................. con domicilio en....................................................................................................Comuna de

........................., en representación de ..................................................................,

RUT Nº ......................... con domicilio en ...........................................

............................................., Comuna de .............................., declaro bajo juramento:

1-. El postulante cumple con todos los requisitos y condiciones solicitados por el Servicio Agrícola y Ganadero a las personas jurídicas, para ser Tercero Autorizado para la ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Específico existente para tal efecto.

2-. El postulante no posee ninguna de las inhabilidades para ser Tercero Autorizado para la ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias, que fueran definidas por el Servicio Agrícola y Ganadero en el Reglamento Específico mencionado anteriormente.

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.Los responsables técnicos 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 consaguinidad o afinidad colateral y tercer grado de consaguinidad o afinidad vertical.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Ciudad donde se desempeña en el SAG |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |

Formulo la presente declaración para solicitar la autorización ante el SAG para postular a la autorización como Tercero para la ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias.

Firma del postulante/representante legal del postulante

Fecha, ………………………………………

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, …………………

………………………………………………… …………………………………………………………, RUT Nº ………………………,

………con…………………………domicilio………………………en………………

………………………………………………………………………………….. Comuna de …………, en adelante “el Tercero Autorizado”, representado por Don (a) ……………………………………

…………………………………………., ………………………, 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 8078 de la Dirección Nacional del Servicio Agrícola y Ganadero, fechada el 20 de diciembre de 2017, la cual Norma el Sistema Nacional de Autorización de Terceros.

**Segundo** Por el presente instrumento, el Tercero Autorizado se obliga a ejecutar actividades de Tratamiento Fitosanitario, en las siguientes Unidades de Tratamiento Fitosanitario:……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………ubicadas en

………………………………………………………..………………………………………………………………………

……cumpliendo con la totalidad de las disposiciones establecidas en el “Reglamento Específico para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias”, documento que se entiende parte integrante de este Convenio.

**Tercero** El SAG podrá modificar y actualizar el Reglamento señalado en el punto anterior. El Tercero Autorizado se obliga a ajustar su accionar de acuerdo a las nuevas definiciones.

**Cuarto** El SAG podrá supervisar y evaluar el desempeño del Tercero Autorizado en la ejecución de las actividades para las cuales se encuentra autorizado, comprometiéndose este último a facilitar y cooperar en las acciones de supervisión del SAG.

**Quinto** El SAG podrá sancionar al Tercero Autorizado con la suspensión o revocación de su Autorización, de acuerdo a las causales descritas en el “Reglamento Específico para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarios”.

**Sexto** Sin perjuicio de lo anterior, y si producto de las acciones de supervisión, el SAG detecta faltas en el desempeño del Tercero Autorizado que afectan negativamente el resultado del Programa Oficial asociado a su autorización, el SAG podrá instruir al Tercero Autorizado mediante oficio del Jefe de Oficina Sectorial SAG o Director Regional SAG, el cese inmediato de prestaciones de servicios asociadas a su autorización, ante lo cual el Tercero Autorizado 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 que establece la Resolución que lo apruebe.

**Octavo** El Tercero Autorizado 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 para la Autorización de Terceros en la Ejecución de Tratamientos o Medidas Fitosanitarias”, siendo causal de término del presente convenio.

**Noveno** El Autorizado y su personal no tienen relación de dependencia con el SAG. El SAG no asume responsabilidad por las actuaciones del Tercero Autorizado ni de su personal, incluyendo el caso de infracciones o sanciones que reciba el Tercero Autorizado por incumplimiento de leyes de la República, sean éstas de carácter laboral, previsional, municipal u otras de cualquier naturaleza.

**Décimo** El presente instrumento se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder del Tercero Autorizado y tres en poder del SAG.

**Undécimo** La personería de Don(a)………………………………………………………… para representar al Servicio Agrícola y Ganadero consta en.………………………………………

………………………………………………………………………………………………………....

**Dúodécimo** La personería de Don(a)…………………………………………………………para representar al Tercero Autorizado consta en…………………………………………………………………………



**SERVICIO AGRÍCOLA Y GANADERO TERCERO AUTORIZADO**

A través de la presente, yo ………………………………………………………, Cédula de Identidad Nº…………………………………, autorizo al Servicio Agrícola y Ganadero a publicar los datos de mi persona o de mi representado en caso de persona jurídica, que se especifican a continuación, en su Sistema de Información de Terceros Autorizados durante el periodo de vigencia de mi autorización:

*(Complete con una X según corresponda)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Autorizo a publicar:** | |
| **Datos del Tercero Autorizado a publicar en el sitio Web del SAG:** | **SI** | **NO** |
| Nº de Cédula de Identidad |  |  |
| Dirección del autorizado. |  |  |
| Dirección de correo electrónico del autorizado. |  |  |
| Fono del autorizado. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula de Identidad del Representante Legal del autorizado (si corresponde) |  |  |
| Ubicación de cada una de las UTF respecto de las cuales se  encuentra autorizado. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula de los responsables técnicos. |  |  |
| Nombre y Nº de Cédula del personal técnico calificado. |  |  |

Nombre de la persona natural o jurídica: …………………………………………………………...…………….

Firma de la persona natural o

del representante legal de la persona jurídica autorizada Fecha: ……………………………………………………………

NOTA:

En conformidad a lo dispuesto por la Ley Nº 19.628 sobre Protección de la Vida Privada o Protección de Datos de Carácter Personal, el SAG requiere solicitar a todo autorizado, autorización escrita para publicar por medios electrónicos sus datos personales, ello con el objeto de dar a conocer a los usuarios la información necesaria para contactar y requerir los servicios de una Persona Autorizada ante el SAG.

Con esta autorización el SAG quedará habilitado para publicar exclusivamente aquellos ítems que fueron señalados por el autorizado. En caso de no contar con esta autorización, el SAG publicará únicamente el nombre completo o razón social del autorizado, la o las plantas autorizadas, el tratamiento fitosanitario para el que se encuentra autorizado, el número y fecha de la Resolución de Autorización respectiva y la vigencia de ella.

Firma del postulante/representante legal del postulante