



INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO  
SUBGERENCIA DE PROTECCIÓN Y REGULACIÓN PECUARIA

PAÍS \_\_\_\_\_

## HABILITACIÓN DE UNIDADES DE RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE ÓVULOS/EMBRIONES BOVINOS

CIUDAD Y FECHA : \_\_\_\_\_ DIA MES AÑO  
RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_  
UBICACIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

|                                                                                      | SI | NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| La Unidad está oficialmente autorizada? (Anexe autorización oficial)                 |    |    |
| La Unidad está bajo supervisión oficial?                                             |    |    |
| Con qué periodicidad se practica la supervisión oficial? (Anexe registro de visitas) |    |    |
| <b>I. ANIMALES</b>                                                                   |    |    |
| <u><b>Macho donante:</b></u>                                                         |    |    |
| Tienen registro en Asociaciones?                                                     |    |    |
| En cuales? (Anexe registro de cada animal)                                           |    |    |
| Tienen certificado sanitario? (Anexe certificados)                                   |    |    |
| Existe diagnóstico de enfermedades de la reproducción realizados cada 12 meses, en:  |    |    |

|                      | SI | TIPO DE PRUEBA | NO |
|----------------------|----|----------------|----|
| Leucosis             |    |                |    |
| Brucelosis           |    |                |    |
| Tricomoniasis        |    |                |    |
| Rinotraqueitis (IBR) |    |                |    |
| Diarrea viral (DVR)  |    |                |    |
| Campylobacteriosis   |    |                |    |
| Tuberculosis         |    |                |    |
| Leptospirosis        |    |                |    |

Otras (Especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                                                                                                                      | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Qué laboratorio realiza los diagnósticos:                                                                            |    |    |
| ] Laboratorio propio?                                                                                                |    |    |
| ] Laboratorio oficial?                                                                                               |    |    |
| ] Laboratorio particular?                                                                                            |    |    |
| Existen certificados médico veterinarios sobre la condición sanitaria del donante?.                                  |    |    |
| Describa las condiciones para la permanencia de los animales donantes.                                               |    |    |
| Existen corrales de confinamiento para los toros?                                                                    |    |    |
| Existen campos o potreros aislados para los animales donantes residentes ?                                           |    |    |
| Los bovinos del centro están debidamente aislados de otros animales por medio de barreras artificiales o naturales ? |    |    |
| Se practica un riguroso control de la entrada de visitantes ?                                                        |    |    |
| Existen carruseles para ejercicio de los toros?                                                                      |    |    |

|                                                                                                                                    |                                 |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Los animales están alojados en unidades específicas?                                                                               |                                 |           |
| El personal que trabaja con animales donantes puede estar en contacto con otros animales ?                                         |                                 |           |
| Existe un programa de control de insectos y roedores ? (Anexe programa)                                                            |                                 |           |
| Se realizan exámenes post-mortem de los animales donantes?                                                                         |                                 |           |
| Existe un área de aislamiento para el control sanitario previo a su ingreso ?                                                      |                                 |           |
| Cuanto tiempo permanecen en cuarentena los donantes pre y post ingreso al centro?                                                  |                                 |           |
| Tienen registro en Asociaciones?                                                                                                   |                                 |           |
| En cuales? _____                                                                                                                   | (Anexe registro de cada animal) |           |
| Es examinada por un veterinario en el momento de la superovulación y recolección? (Anexe certificados)                             |                                 |           |
| Describa los criterios para la selección de las hembras donantes y los procesos de superovulación y recolección:                   |                                 |           |
| _____                                                                                                                              |                                 |           |
| Condición sanitaria exigida al predio o rebaño de origen de la donante: _____                                                      |                                 |           |
| _____                                                                                                                              |                                 |           |
| Si utiliza hembras donantes importadas cuanto tiempo permanecen en el país y en el rebaño de origen antes de la recolección: _____ |                                 |           |
| _____                                                                                                                              |                                 |           |
| _____                                                                                                                              |                                 |           |
| <b>Equipo de recolección de embriones</b>                                                                                          | <b>SI</b>                       | <b>NO</b> |
| El veterinario del equipo está autorizado por el servicio veterinario oficial? Anexe certificado)                                  |                                 |           |
| El equipo técnico está bajo inspección del servicio veterinario oficial?                                                           |                                 |           |
| Se lleva registro de recolección? (Anexe registro)                                                                                 |                                 |           |
| <b>I. <u>INSTALACIONES:</u></b> (Anexe fotografías)                                                                                |                                 |           |
| <b>Área para la toma de material seminal</b>                                                                                       | <b>SI</b>                       | <b>NO</b> |
| Existe programa de bioseguridad para el área? (Anexe documentos)                                                                   |                                 |           |
| Tiene bretes de contención animal?                                                                                                 |                                 |           |
| Tiene burladeros?                                                                                                                  |                                 |           |
| Tiene acceso directo al laboratorio?                                                                                               |                                 |           |
| Tiene acceso por ventanilla al laboratorio?                                                                                        |                                 |           |
| Existe programa de desinfección y sanitización del centro? (Anexe documentos)                                                      |                                 |           |
| Existe un programa documentado de mantenimiento de equipos? (Anexe programa)                                                       |                                 |           |
| <b>Área Laboratorio. (Anexe fotografía)</b>                                                                                        | <b>SI</b>                       | <b>NO</b> |
| Existe programa de control físico químico y bacteriológico del agua utilizada en el centro? (Anexe certificados recientes)         |                                 |           |
| <b>Disposición de cadáveres y desechos</b>                                                                                         | <b>SI</b>                       | <b>NO</b> |
| Existe un lugar adecuado para la disposición de animales muertos? (Anexe fotografía)                                               |                                 |           |
| <b>Áreas Accesorias (Anexe fotografías)</b>                                                                                        | <b>SI</b>                       | <b>NO</b> |
| Sociales                                                                                                                           |                                 |           |
| Sanitarias                                                                                                                         |                                 |           |
| Vestieres                                                                                                                          |                                 |           |
| Recreacionales                                                                                                                     |                                 |           |
| Otras: Cuales _____                                                                                                                |                                 |           |

| Laboratorio de manipulación de óvulos/embriones (Anexe fotografía)                                             |     | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|
| El laboratorio es fijo?                                                                                        |     |    |    |
| Describa las condiciones técnicas y locativas: _____                                                           |     |    |    |
| El laboratorio es móvil?                                                                                       |     |    |    |
| Describa las condiciones técnicas y locativas: _____                                                           |     |    |    |
| Existe supervisión periódica del laboratorio por el servicio veterinario oficial?                              |     |    |    |
| Cada cuanto? _____                                                                                             |     |    |    |
| Describa las técnicas de recolección y conservación de óvulos/embriones _____                                  |     |    |    |
| Describa los exámenes y tratamientos facultativos practicados o que se practican a los óvulos/embriones: _____ |     |    |    |
| Describa los procedimientos de conservación, cuarentena y transporte de los óvulos/embriones: _____            |     |    |    |
| <b>III. EQUIPOS:</b>                                                                                           |     |    |    |
| Relacione los equipos existentes?                                                                              |     |    |    |
| 1.                                                                                                             | 13. |    |    |
| 2.                                                                                                             | 14. |    |    |
| 3.                                                                                                             | 15. |    |    |
| 4.                                                                                                             | 16. |    |    |
| 5.                                                                                                             | 17. |    |    |
| 6.                                                                                                             | 18. |    |    |
| 7.                                                                                                             | 19. |    |    |
| 8.                                                                                                             | 20. |    |    |
| 9.                                                                                                             | 21. |    |    |
| 10.                                                                                                            | 22. |    |    |
| 11.                                                                                                            | 23. |    |    |
| 12.                                                                                                            | 24. |    |    |
|                                                                                                                |     | SI | NO |
| Existe un programa de calibración de equipos?                                                                  |     |    |    |
| Se lleva historia de cada equipo? (Anexe documentos)                                                           |     |    |    |
| Existen procedimientos para el manejo y mantenimiento de los equipos?                                          |     |    |    |
| <b>IV. MATERIALES:</b>                                                                                         |     | SI | NO |
| Los reactivos químicos están clasificados y almacenados de acuerdo con las normas internacionales?             |     |    |    |
| Las soluciones preparadas están debidamente identificadas?                                                     |     |    |    |
| Existen procedimientos documentados de preparación de reactivos? (Anexe documentación)                         |     |    |    |
| <b>V. PERSONAL:</b>                                                                                            |     | SI | NO |
| Existe programa de capacitación. (Anexe programa)                                                              |     |    |    |
| Existen los procedimientos escritos donde se describan las funciones y responsabilidades del personal?         |     |    |    |
| Existen registros de capacitación?                                                                             |     |    |    |

| Higiene                                                                                                                                                                                                                                           | SI | NO               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------|--|
| Existen normas de higiene?                                                                                                                                                                                                                        |    |                  |  |
| El personal ha recibido capacitación en prácticas de higiene?                                                                                                                                                                                     |    |                  |  |
| Salud Ocupacional                                                                                                                                                                                                                                 | SI | NO               |  |
| Existente un programa de salud ocupacional?                                                                                                                                                                                                       |    |                  |  |
| Existente un subprograma de medicina preventiva?                                                                                                                                                                                                  |    |                  |  |
| Existen normas escritas sobre seguridad industrial?                                                                                                                                                                                               |    |                  |  |
| Se realizan prácticas de seguridad?                                                                                                                                                                                                               |    |                  |  |
| Se registran?                                                                                                                                                                                                                                     |    |                  |  |
| Dotación                                                                                                                                                                                                                                          | SI | NO               |  |
| Existen uniformes de trabajo para cada área?                                                                                                                                                                                                      |    |                  |  |
| Seguridad                                                                                                                                                                                                                                         | SI | NO               |  |
| Cuentan con caretas o gafas para el manejo de nitrógeno líquido?                                                                                                                                                                                  |    |                  |  |
| Cuentan con guantes para el manejo del material congelado?                                                                                                                                                                                        |    |                  |  |
| Existen extintores?                                                                                                                                                                                                                               |    |                  |  |
| <b>VI. DOCUMENTACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                         | SI | NO               |  |
| Existe manual de calidad?                                                                                                                                                                                                                         |    |                  |  |
| Existe un manual de técnicas analíticas?                                                                                                                                                                                                          |    |                  |  |
| Se registran los análisis de verificación de calidad? (Anexe últimos registros)                                                                                                                                                                   |    |                  |  |
| Existen procedimientos escritos para cada una de las actividades relacionadas con el procesamiento de material seminal? (Anexe documentos)                                                                                                        |    |                  |  |
| Existen registros para la identificación de cada lote de material seminal, incluyendo la información impresa en la pajilla, nombre y número de registro del toro, raza, fecha de recolección y procesamiento, identificación o código del centro? |    |                  |  |
| Existen registros genealógicos de los animales donantes? (Anexe registros)                                                                                                                                                                        |    |                  |  |
| Existen registros de la historia reproductiva de los animales donantes?                                                                                                                                                                           |    |                  |  |
| Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                      |    |                  |  |
| Nombre: _____                                                                                                                                                                                                                                     |    |                  |  |
| REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                               |    | DIRECTOR TÉCNICO |  |