



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL DOCUMENTO:

Por favor, asegúrese de que al completar este formulario ha descargado el documento y lo ha guardado en local antes de rellenarlo. Este PDF interactivo ha de abrirse y completarse usando Adobe Reader/Acrobat antes de enviarlo a CEMA.

1. Detalles de la empresa:

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|--|
| Nombre del productor o empresa: | | | |
| Nombre del representante legal: | | | |
| Dirección fiscal: | | | |
| País: | C.P.: | | |
| RFC/RUT/CIF-NIF: | Correo electrónico: | | |
| Teléfono: | Persona de contacto: | | |
| Celular: | Cargo o función: | | |
| Página web: | Redes sociales: | | |

2. Por favor seleccione las normas en las que se desea evaluar (seleccione las aplicables):

| | | |
|--------------|--|--------------------------|
| GLOBALG.A.P. | <input type="checkbox"/> ISO 22000:2018 | <input type="checkbox"/> |
| PrimusGFS | <input type="checkbox"/> FSSC 22000 food safety system certification | <input type="checkbox"/> |
| | ISO 9001:2015 | <input type="checkbox"/> |

3. Por favor seleccione el tipo de evaluación que le será proporcionado por este organismo de certificación (OC):

| | | |
|-------------------------|--|--------------------------|
| Certificación Inicial: | <input type="checkbox"/> Re-certificación: | <input type="checkbox"/> |
| Ampliación del alcance: | <input type="checkbox"/> Certificación de transferencia: | <input type="checkbox"/> |

Para aquellas empresas que apliquen para certificación de transferencia

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

| | | | |
|---|--|--|--|
| Número de certificado (GGN, CoC, ID PrimusGFS): | | | |
| Norma: | | | |
| Fecha de validez: | | | |
| Organismo de certificación: | | | |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Están activos sus certificados?: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Detalle el número de no conformidades menores y mayores detectadas en la última auditoría: | NC mayores: | NC menores: |
| En caso afirmativo, proporcione detalles: | | |

Nota: Si no proporciona dicha información, no podremos realizar la transferencia. Consideré que CEMA comprobará la validez de la información con su organismo de certificación actual.

CONTINUACIÓN DETALLES DE LA EMPRESA:

4. Por favor indique los productos a certificar con el nombre científico y el país (es) destino por producto (utilice la nomenclatura ISO):

| Producto y nombre científico | País (es) | Producto y nombre científico | País (es) |
|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
| 1. | | 6. | |
| 2. | | 7. | |
| 3. | | 8. | |
| 4. | | 9. | |
| 5. | | 10. | |

5. Por favor, marque los meses de cosecha/producción/procesamiento/comercialización para cada producto a certificar:

| Productos | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.- | | | | | | | | | | | | |
| 2.- | | | | | | | | | | | | |
| 3.- | | | | | | | | | | | | |
| 4.- | | | | | | | | | | | | |
| 5.- | | | | | | | | | | | | |
| 6.- | | | | | | | | | | | | |
| 7.- | | | | | | | | | | | | |
| 8.- | | | | | | | | | | | | |
| 9.- | | | | | | | | | | | | |
| 10.- | | | | | | | | | | | | |

6. Subcontratistas ¿alguna de sus actividades de producción/ procesamiento/ manipulación son realizadas por subcontratistas? En caso afirmativo, por favor indíquelo a continuación:

| Subcontratista | Dirección y país | Actividad / Proceso | No. de trabajadores | Certificado (GLOBALG.A.P., ISO, etc.) |
|----------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 1.- | | | | |
| 2.- | | | | |
| 3.- | | | | |
| 4.- | | | | |
| 5.- | | | | |

Nota: Para cadena de custodia (CoC) del esquema GLOBALG.A.P. las actividades subcontratadas son almacenamiento, procesamiento y etiquetado.

7. Por favor indique la información referente a fechas restringidas:

Fechas restringidas: es un periodo de tiempo (una semana) en que no podrá recibir una auditoria de tipo **no anunciada**, debido a ciertas razones, por ejemplo: temporada baja de operaciones, razones comerciales válidas, etc.

Proporcione detalles de la razón:

SECCIÓN A: GLOBALG.A.P.

1. Por favor seleccione la opción de certificación que le será proporcionado:

| | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| IFA Opción 1 – Productor Individual | <input type="checkbox"/> | IFA Opción 1 – Productor Individual multisitio con SGC | <input type="checkbox"/> |
| IFA Opción 1 – Productor Individual multisitio sin SGC | <input type="checkbox"/> | IFA Opción 2 – Grupo de Productores con SGC | <input type="checkbox"/> |
| Cadena de Custodia (CoC) – v6.1 | | | <input type="checkbox"/> |

Nota: Para Opción 2 – Grupo de Productores, por favor llenar el documento correspondiente al FOR-SGI-03 Anexo de la solicitud de certificación.

2. Por favor seleccione el alcance y la versión de certificación:

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| IFA – Frutas y vegetales | <input type="checkbox"/> | IFA – Flores y ornamentales | <input type="checkbox"/> |
| Add-on GRASP | <input type="checkbox"/> | Add-on FSMA PSR | <input type="checkbox"/> |
| Add-on SPRING | <input type="checkbox"/> | AH-DLL GROW Add-on | <input type="checkbox"/> |
| TR4 Biosecurity | <input type="checkbox"/> | | |

3. Por favor seleccione los alcances de la certificación que será evaluado:

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Evaluación de sitio(s) de campo: | <input type="checkbox"/> | Incluye empaque de manipulación de producto propio: | <input type="checkbox"/> |
| Incluye cosecha de producto: | <input type="checkbox"/> | Incluye empacado de producto en campo: | <input type="checkbox"/> |
| Excluye cosecha de producto: | <input type="checkbox"/> | Incluye empaque de manipulación de producto rentado: | <input type="checkbox"/> |
| Excluye manipulación de producto: | <input type="checkbox"/> | | |

Durante el registro, si se desea excluir la cosecha del producto, el productor deberá tener un contrato con el comprador que establezca que el cosechador / comprador hará lo establecido en el Reglamento General "Reglas para Cultivos" versión 6 sección 2.2."

4. Por favor seleccione los alcances de la certificación para Cadena de Custodia (CoC) que será evaluado:

| | | | |
|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Comerciante: | <input type="checkbox"/> | Procesador: | <input type="checkbox"/> |
| Empacador: | <input type="checkbox"/> | Exportador: | <input type="checkbox"/> |

5. De acuerdo a los requisitos del documento de las Reglas de Acceso a Datos, (que se localiza en www.globalgap.org/es/documents) por favor seleccione la opción deseada:

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| El productor se compromete a permitir el acceso a la dirección de su empresa por parte del grupo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| El productor permite el acceso a la dirección de su empresa para el grupo público de acceso | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

6. Por favor llene la información sobre propiedad paralela si aplica:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Cuenta con propiedad paralela? (Hablamos de propiedad paralela cuando los productores individuales, los grupos de productores o los miembros del grupo de productores son propietarios del mismo producto, en parte como certificado y en parte como no certificado bajo GLOBALG.A.P. Esto puede ocurrir si producen o compran productos no certificados del mismo producto que producen y han registrado para certificación. También se aplica la propiedad paralela si no todos los miembros de un grupo de productores que producen un producto registrado para la certificación están incluidos en el ámbito del certificado.) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

SECCIÓN A: GLOBALG.A.P.

7. Por favor llene la información sobre los sitios de campo (granja o invernaderos) si aplica:

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (1): | | |
| Producto(s) y superficie por producto: | | |
| Dirección del sitio: | | |
| Coordenadas GPS (decimales) del sitio: | | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | | |
| Horario de operación: | | |
| Días laborales de la finca: | | |
| ¿La finca es familiar? (Si/No): | | |
| No. de trabajadores fijos: | No. de trabajadores eventuales: | |
| Si se va a certificar en versión SPRING; Cantidad de agua usada en m ³ /año por cada producto a certificar: | | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | | |
| En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s): | | |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (2): | | |
| Producto(s) y superficie por producto: | | |
| Dirección del sitio: | | |
| Coordenadas GPS (decimales) del sitio: | | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | | |
| Horario de operación: | | |
| Días laborales de la finca: | | |
| ¿La finca es familiar? (Si/No): | | |
| No. de trabajadores fijos: | No. de trabajadores eventuales: | |
| Si se va a certificar en versión SPRING; Cantidad de agua usada en m ³ /año por cada producto a certificar: | | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | | |
| En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s): | | |

| | | |
|---|--|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (3): | | |
| Producto(s) y superficie por producto: | | |
| Dirección del sitio: | | |
| Coordenadas GPS (decimales) del sitio: | | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | | |

SECCIÓN A: GLOBALG.A.P.

Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas:

Horario de operación:

Días laborales de la finca:

¿La finca es familiar? (Si/No):

No. de trabajadores fijos:

No. de trabajadores eventuales:

Si se va a certificar en versión SPRING;

Cantidad de agua usada en m³/año por cada producto a certificar:

De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s):

Nombre de la granja/ Invernadero (4):

Producto(s) y superficie por producto:

Dirección del sitio:

Coordinadas GPS (decimales) del sitio:

Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto:

Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas:

Horario de operación:

Días laborales de la finca:

¿La finca es familiar? (Si/No):

No. de trabajadores fijos:

No. de trabajadores eventuales:

Si se va a certificar en versión SPRING;

Cantidad de agua usada en m³/año por cada producto a certificar:

De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s):

Nota: En caso de tener más de 4 sitios de producción, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

8. Por favor llene la siguiente información:

Aparte de los ranchos/fincas que se incluyen en la certificación, ¿tienen más ranchos/fincas de los mismos cultivos que no se van a certificar?:

Sí

No

En caso de sí, diga cuales por favor:

¿Todos los sitios de producción donde el producto o los productos incluidos en el alcance de la certificación GLOBALG.A.P. son propios de la entidad legal?

Sí

No

Para los sitios de producción que no pertenezcan a la entidad legal, deberá de existir un contrato de arrendamiento que incluya lo estipulado en el Reglamento General Parte I – Requisitos generales de la versión vigente para el alcance solicitado punto 4.2 “Registro”, inciso j), numeral (ii).

SECCIÓN A: GLOBALG.A.P.

9. Para el alcance GRASP por favor llene la siguiente información:

| | Número total de trabajadores | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------|---------|-------------|------------|---------|------------------------|------------------------|
| | Nacionales | | | Extranjeros | | | Miembros de la familia | Especificar parentesco |
| | Fijos | Temporales | Agencia | Fijos | Temporales | Agencia | | |
| No. de trabajadores hombres | | | | | | | | |
| No. de trabajadores mujeres | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |
| Total de trabajadores nacionales | | | | | | | | |
| Total de trabajadores extranjeros | | | | | | | | |

10. Por favor llene la información sobre instalaciones (unidad de empaque, cuarto frío, cadena de custodia) si aplica:

Nombre de la unidad (1):

Producto(s):

Dirección del empaque:

Coordenadas GPS (decimales) de la unidad:

Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto:

La instalación cuenta con reconocimiento GFSI vigente:

(En caso de marcar Si, indicar cual y su vigencia en los siguientes apartados)

Reconocimiento GFSI:

Vigencia: Del al

Número de trabajadores fijos:

Número de trabajadores eventuales:

Horario de operación:

No. de turnos que operan:

Se realiza etiquetado de producto en la instalación:

De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s):

Nombre de la unidad (2):

Producto(s):

Dirección del empaque:

Coordenadas GPS (decimales) de la unidad:

Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto:

La instalación cuenta con reconocimiento GFSI vigente:

(En caso de marcar Si, indicar cual y su vigencia en los siguientes apartados)

Reconocimiento GFSI:

Vigencia: Del al

Número de trabajadores fijos:

Número de trabajadores eventuales:

Horario de operación:

No. de turnos que operan:

Se realiza etiquetado de producto en la instalación:

De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores?

En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s):

SECCIÓN A: GLOBALG.A.P.

Nombre de la unidad (3):

| | |
|--|------------------------------------|
| Producto(s): | |
| Dirección del empaque: | |
| Coordenadas GPS (decimales) de la unidad: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| La instalación cuenta con reconocimiento GFSI vigente: | |
| (En caso de marcar Si, indicar cual y su vigencia en los siguientes apartados) | |
| Reconocimiento GFSI: | Vigencia: Del al |
| Número de trabajadores fijos: | Número de trabajadores eventuales: |
| Horario de operación: | |
| No. de turnos que operan: | |
| Se realiza etiquetado de producto en la instalación: | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | |
| En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s): | |

Nombre de la unidad (4):

| | |
|--|------------------------------------|
| Producto(s): | |
| Dirección del empaque: | |
| Coordenadas GPS (decimales) de la unidad: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| La instalación cuenta con reconocimiento GFSI vigente: | |
| (En caso de marcar Si, indicar cual y su vigencia en los siguientes apartados) | |
| Reconocimiento GFSI: | Vigencia: Del al |
| Número de trabajadores fijos: | Número de trabajadores eventuales: |
| Horario de operación: | |
| No. de turnos que operan: | |
| Se realiza etiquetado de producto en la instalación: | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | |
| De los productos a certificar, ¿compra producto no certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores? | |
| En caso de comprar producto certificado GLOBALG.A.P. a otro(s) productores, indique el GGN(s) del producto(s): | |

Nota 1: En caso de tener más de 4 centros de manipulación, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

SECCIÓN B: PrimusGFS

1. Por favor seleccione la(s) Operación(es) que se estarán evaluando:

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Operación de Granja | <input type="checkbox"/> | Operación de Cuarto frío | <input type="checkbox"/> |
| Operación de Invernadero | <input type="checkbox"/> | Operación de Empaque | <input type="checkbox"/> |
| Operación de Cuadrilla de cosecha | <input type="checkbox"/> | Operación de Procesadora | <input type="checkbox"/> |
| Operación de Centro de almacenamiento y distribución | | | <input type="checkbox"/> |

2. Por favor seleccione si quiere evaluar alguno de los siguientes módulos voluntarios:

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Módulo Controles Preventivos | <input type="checkbox"/> | Módulo Manejo Integrado de Plagas | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|

3. Por favor complete la siguiente información para el registro del alcance GFSI:

| | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| BI: Cultivo de plantas (distintas de cereales y legumbres) Granja; Invernadero; Cuadrilla de cosecha | <input type="checkbox"/> | BIII: Manejo de productos vegetales antes del proceso Cuarto de frío; Almacén en frío; Empaque | <input type="checkbox"/> |
| BII: Cultivo de cereales y legumbres Granja; Invernadero; Cuadrilla de cosecha | <input type="checkbox"/> | CII: Procesamiento de productos vegetales perecederos Procesadora | <input type="checkbox"/> |
| G: Prestación de servicios de almacenamiento y distribución Centro de almacenamiento y distribución | | | <input type="checkbox"/> |

Nota: En caso de que su alcance GFSI no se encuentre en la tabla anterior, favor de comunicarse con CEMA.

4. Por favor complete la siguiente información para el registro de contactos en la plataforma de PrimusGFS:

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| 1. Nombre: | | Cargo o función: | |
| Correo electrónico: | | Teléfono: | |
| 2. Nombre | | Cargo o función: | |
| Correo electrónico: | | Teléfono: | |

5. Por favor llene la información sobre los sitios de campo (granja o invernaderos) si aplica:

| | |
|---|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (1): | |
| Producto(s) y superficie por producto: | |
| Dirección del sitio: | |
| Coordinadas GPS del sitio: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | |

| | |
|---|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (2): | |
| Producto(s) y superficie por producto: | |
| Dirección del sitio: | |
| Coordinadas GPS del sitio: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | |

SECCIÓN B: PrimusGFS

| | |
|---|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (3): | |
| Producto(s) y superficie por producto: | |
| Dirección del sitio: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | |

| | |
|---|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (4): | |
| Producto(s) y superficie por producto: | |
| Dirección del sitio: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | |

| | |
|---|--|
| Nombre de la granja/ Invernadero (5): | |
| Producto(s) y superficie por producto: | |
| Dirección del sitio: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Si los cultivos están bajo invernadero, macrotúnel u otro, por favor detalle cuales y la superficie en hectáreas: | |

Nota: En caso de tener más de 5 operaciones de Granja/Invernadero, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

6. Por favor llene la información sobre la cuadrilla de cosecha, si aplica:

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numero o Nombre de Cuadrilla (1): | |
| Numero de trabajadores: | |
| Nombre de la Compañía de Cuadrilla: | |
| Dirección: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Producto(s): | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numero o Nombre de Cuadrilla (2): | |
| Numero de trabajadores: | |
| Nombre de la Compañía de Cuadrilla: | |
| Dirección: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Producto(s): | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numero o Nombre de Cuadrilla (3): | |
| Numero de trabajadores: | |
| Nombre de la Compañía de Cuadrilla: | |
| Dirección: | |
| Coordenadas GPS del sitio: | |
| Producto(s): | |

Nota: En caso de tener más de 3 operaciones de Cuadrilla de Cosecha, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

SECCIÓN B: PrimusGFS

7. Por favor llene la información sobre instalaciones (unidad de empaque, procesadora, cuarto frío, centro de almacenamiento y distribución) si aplica:

| | |
|---|------------------------------------|
| Nombre de la unidad (1): | |
| Producto(s): | |
| Dirección del empaque: | |
| Coordenadas GPS de la unidad: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Número de trabajadores fijos: | Número de trabajadores eventuales: |
| Horario de operación: | |
| Área (m ²) de construcción: | |
| Área (m ²) de refrigeración: | |
| Número de líneas de producción: | |

| | |
|---|------------------------------------|
| Nombre de la unidad (2): | |
| Producto(s): | |
| Dirección del empaque: | |
| Coordenadas GPS de la unidad: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Número de trabajadores fijos: | Número de trabajadores eventuales: |
| Horario de operación: | |
| Área (m ²) de construcción: | |
| Área (m ²) de refrigeración: | |
| Número de líneas de producción: | |

| | |
|---|------------------------------------|
| Nombre de la unidad (3): | |
| Producto(s): | |
| Dirección del empaque: | |
| Coordenadas GPS de la unidad: | |
| Distancia del sitio principal en km. y tiempo del trayecto: | |
| Número de trabajadores fijos: | Número de trabajadores eventuales: |
| Horario de operación: | |
| Área (m ²) de construcción: | |
| Área (m ²) de refrigeración: | |
| Número de líneas de producción: | |

Nota: En caso de tener más de 3 operaciones de unidad de manipulación/almacenamiento, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

8. Por favor conteste la siguiente información:

| | | | |
|---|---------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Desea agregar a un distribuidor dentro de la aplicación PrimusGFS? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En caso de marcar "Sí", llenar la siguiente información | | | |
| Nombre de distribuidor: | | | |
| Nombre completo de la persona de contacto del distribuidor: | | | |
| Correo electrónico: | | | |
| Número de teléfono: | | | |
| Dirección: | | | |
| País: | Estado: | Código postal: | Ciudad: |
| NOTA: En caso de que SI desee agregar un distribuidor tenga en cuenta aparecerá en el reporte final de auditoría y en los documentos generados por la plataforma. | | | |

SECCIÓN C: FSSC 22000 / ISO 22000:2018

Nota: Por favor además de la información de la solicitud, deberá adjuntar los siguientes archivos: Diagramas de flujo de procesos, mapa de las instalaciones, organigrama de la estructura de empleados de gestión/reporte y si corresponde, certificado e informe de auditoría más reciente.

1. Por favor complete la siguiente información de la instalación:

| | |
|---|--|
| Nombre de la instalación: | |
| Dirección: | |
| Coordenadas GPS: | |
| Antigüedad de la empresa: | |
| Años en el sitio actual: | |
| Fecha de construcción en el sitio actual: | |
| Área (m ²) de construcción: | |
| Número de líneas de producción: | |
| Número de empleados permanentes a tiempo completo y a tiempo parcial: | |
| Estimación del número de empleados temporales/de temporada en temporada alta: | |
| Número total de empleados en temporada alta: | |
| Número de turnos en un día: | |

Nota: En caso de tener más de una operación a certificar, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿La instalación fabrica o envasa conjuntamente productos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tamaño de la instalación de almacenamiento (m ²): | | |
| Millas entre la instalación de almacenamiento y la instalación principal: | | |
| Total de metros cuadrados de todos los edificios que se incluirán en la auditoría: | | |

| |
|--|
| Si la instalación funciona todo el año, indique el pico de estación: |
| Si la instalación no funciona todo el año, especifique los meses de operación: |

2. Por favor complete la siguiente del alcance de certificación:

| | |
|---|--|
| ¿Cuál es el alcance propuesto de la certificación? (producto/s de detalle fabricados y procesos clave, embalaje, por ejemplo: Procesamiento de piña refrigerada pre-empaquetada en rodajas y piña en latas.): | |
| Exclusiones, detalla las líneas/operaciones o grupos de productos que deben excluirse de la certificación: | |
| Justificación de la exclusión: | |
| ¿Detallar las operaciones incluidas en el ámbito que se realizan en otro sitio? ¿Cuál es la distancia de este sitio?: | |
| ¿Su sistema de gestión cuenta con consideraciones relativas al cambio climático? | |

SECCIÓN C: FSSC 22000 / ISO 22000:2018

3. Por favor complete la información sobre el producto:

Nota: La cantidad de planes HACCP debe ser precisa antes de que comience la auditoría. Si tiene muchos planes HACCP que en realidad son parte de algunas familias HACCP, indíquelo aquí. La duración y el proceso de la auditoría dependen de la precisión de la información proporcionada al respecto.

| | |
|---|--|
| Número de planes HACCP: | |
| Listado de PCC: | |
| Lista de materias primas: (tenga en cuenta el país de origen) | |
| Lista de alérgenos en el sitio: | |
| Lista de embalajes materiales / tipos: | |
| Lista de co-envasadores/Co-fabricantes: | |
| Métodos de conservación de listas: (por ejemplo, enfriar, congelar, tostar, pasteurizar, etc.) | |
| Listado de procesos / tratamientos subcontratados: (por ejemplo, PPO, embalaje, etc.) | |
| Métodos de almacenamiento y transporte: (Almacenamiento a temperatura ambiente, refrigerado, congelado, transporte ambiental, refrigerado) | |
| ¿El proceso está totalmente automatizado? | |
| Procesos de producción: (tenga en cuenta los pasos del proceso como se indica en los diagramas de flujo) | |
| Lista de productos que deben excluirse en el alcance: | |
| Productos tratados con dióxido de azufre (SO ₂), dióxido de cloro, cloro o cualquier otro gas o solución: | |

SECCIÓN D: ISO 9001:2015

Nota: Por favor además de la información de la solicitud, deberá adjuntar los siguientes archivos: Diagramas de flujo de procesos, mapa de las instalaciones, organigrama de la estructura de empleados de gestión/reporte y si corresponde, certificado e informe de auditoría más reciente.

1. Por favor complete la siguiente información de la instalación:

| | |
|---|--|
| Nombre de la instalación: | |
| Dirección: | |
| Coordinadas GPS: | |
| Antigüedad de la empresa: | |
| Años en el sitio actual: | |
| Fecha de construcción en el sitio actual: | |
| Área (m ²) de construcción: | |
| Número de líneas de producción: | |
| Número de empleados permanentes a tiempo completo y a tiempo parcial: | |
| Estimación del número de empleados temporales/de temporada en temporada alta: | |
| Número total de empleados en temporada alta: | |
| Número de turnos en un día: | |

Nota: En caso de tener más de una operación a certificar, por favor llenar el documento que corresponde al FOR-SGI-02 Anexo de la solicitud de certificación.

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿La instalación fabrica o envasa conjuntamente productos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tamaño de la instalación de almacenamiento (m ²): | | |
| Millas entre la instalación de almacenamiento y la instalación principal: | | |
| Total de metros cuadrados de todos los edificios que se incluirán en la auditoría: | | |

| |
|--|
| Si la instalación funciona todo el año, indique el pico de estación: |
| Si la instalación no funciona todo el año, especifique los meses de operación: |

2. Por favor complete la siguiente del alcance de certificación:

| | |
|---|--|
| ¿Cuál es el alcance propuesto de la certificación? (producto/s de detalle fabricados y procesos clave, embalaje, por ejemplo: Procesamiento de piña refrigerada pre-empaquetada en rodajas y piña en latas.): | |
| Exclusiones, detalla las líneas/operaciones o grupos de productos que deben excluirse de la certificación: | |
| Justificación de la exclusión: | |
| ¿Detallar las operaciones incluidas en el ámbito que se realizan en otro sitio? ¿Cuál es la distancia de este sitio?: | |
| ¿Su sistema de gestión cuenta con consideraciones relativas al cambio climático? | |

SECCIÓN D: ISO 9001:2015

3. Por favor complete la información sobre el producto:

Nota: La cantidad de planes HACCP debe ser precisa antes de que comience la auditoría. Si tiene muchos planes HACCP que en realidad son parte de algunas familias HACCP, indíquelo aquí. La duración y el proceso de la auditoría dependen de la precisión de la información proporcionada al respecto.

| | |
|---|--|
| Número de planes HACCP: | |
| Listado de PCC: | |
| Lista de materias primas: (tenga en cuenta el país de origen) | |
| Lista de alérgenos en el sitio: | |
| Lista de embalajes materiales / tipos: | |
| Lista de co-envasadores/Co-fabricantes: | |
| Métodos de conservación de listas: (por ejemplo, enfriar, congelar, tostar, pasteurizar, etc.) | |
| Listado de procesos / tratamientos subcontratados: (por ejemplo, PPO, embalaje, etc.) | |
| Métodos de almacenamiento y transporte: (Almacenamiento a temperatura ambiente, refrigerado, congelado, transporte ambiental, refrigerado) | |
| ¿El proceso está totalmente automatizado? | |
| Procesos de producción: (tenga en cuenta los pasos del proceso como se indica en los diagramas de flujo) | |
| Lista de productos que deben excluirse en el alcance: | |
| Productos tratados con dióxido de azufre (SO ₂), dióxido de cloro, cloro o cualquier otro gas o solución: | |

SECCIÓN E: Revisión de la solicitud de certificación

(Exclusivo para el personal del OC)

IMPORTANTE: Esta sección es llenada exclusivamente por el personal del OC

1. Por favor complete la siguiente información:

| Elemento de revisión necesarios para confirmar el servicio | Sí | No | Comentarios adicionales |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| ¿La información respecto al producto, servicio, alcance, sitios y facturación esta correcta y completa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se enviaron los documentos requeridos del esquema al solicitante del registro como contratos, factura, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se recibieron los documentos firmados por el solicitante del registro, contratos, cotización, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se dispone de los medios para realizar todas las actividades de certificación (disponibilidad de fechas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿El tiempo para realizar la auditoría, ¿es congruente con el alcance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2. Por favor complete la información sobre datos para brindar el servicio de certificación y proceso de planificación del servicio:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nombre del auditor asignado: | |
| Fecha asignada al evento o tentativa: | |

| Nombre del revisor | Fecha de revisión |
|--------------------|-------------------|
| | |
| | |

Cema International Compliance Services S.A. de C.V.

Florencia 3127, Lomas de Providencia, Guadalajara, Jalisco, México, C.P. 44647.



33-3640-1558



jesus.nieves@cemacertificacion.com



www.cemacertificacion.com