[ ]  Certificación [ ]  Re – Certificación

[ ]  Transferencia [ ]  Modificación al alcance

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de Organización:** |  |
| **Nombres comerciales:** |  |
| **Inscripción:** | (Su organización pertenece a alguna cámara de comercio) |
| **RFC:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Tel./Ext.:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Norma de referencia, esquemas adicionales incluyendo su versión:** |  |
| **Exclusiones:** |  |
| **Sistemas de gestión certificados actualmente**  | (Su organización cuenta con algún sistema de gestión bajo la norma ISO certificados) |
| **Fecha deseada para iniciar el proceso de certificación (sujeto a disponibilidad):** |  |
| **Fecha deseada para realizar la Pre-auditoría (Si se requiere):** |  |

1. FACTORES GENERALES QUE AFECTAN LA EVALUACIÓN

1. Descripción de la organización, tales como número de Sitios/Centros de Trabajo a ser evaluados e incluidos dentro del alcance de la certificación, incluyendo direcciones (Exponga detalles en Anexo A).
2. Alcance solicitado de la certificación del sistema de gestión de inocuidad de los alimentos.

NOTA: (Describa cuál es el sitio donde se llevan a cabo las funciones centrales del sistema de gestión incluyendo el control del sistema de gestión, la planificación de las auditorías, las revisiones directivas y se dispone de autoridad en relación con la definición, establecimiento y mantenimiento de un único sistema de gestión a través de toda la organización).

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitios** | **Alcance o sub-alcances** |
| *1. Función central* |  |
| *2.* |  |
| *3.* |  |

1. ¿Todos los Sitos/Centros de trabajo operan bajo el mismo sistema de gestión?

[ ]  Si

[ ]  No, por favor describa, (Favor de usar una hoja por separado en caso necesario):

1. ¿El alcance solicitado incluye más de una razón social? (En caso de existir mas una razón social, favor de especificar)

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

1. Complete la siguiente información:

¿Personal efectivo dentro del alcance de certificación?

Respuesta:

¿Número total de personal que labora en su organización?

Respuesta:

(Incluir la segmentación del número de personal por turno y administrativo utilizando el Anexo A, solo personal dentro del alcance de certificación)

|  |
| --- |
|  |

Para organizaciones Multisitio aplica también Anexo A

NOTA: Es necesario que identifique aquellos sitios en los cuales no se tienen afectaciones sobre la inocuidad de los alimentos pero que se encuentran dentro del alcance del sistema de gestión de inocuidad alimentaria.

1. Plan de control de peligros para ISO22000:2018 (plan HACCP/PCC/PPRO) o Planes HACCP para ISO22000:2005.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número** | **Nombre** | **Descripción** |
| *1*  |  |  |
| *2* |  |  |
| *3* |  |  |
| *4* |  |  |
| *5* |  |  |

1. ¿La organización ha implementado una combinación de medidas de control desarrolladas externamente?

[ ]  No se reportan medidas de control desarrolladas externamente.

[ ]  Si, Por favor describa:

1. ¿Su organización mantiene un sistema de gestión para otro estándar certificado?

[ ]  No

[ ]  Si, Por favor describa:

1. Requisitos legales/normativos aplicables al producto o servicio identificadas en por su organización.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitio** | **Descripción** |
| *1 Sitio con Función central* |  |
| *2* |  |
| *3* |  |
| *4* |  |
| *5* |  |

1. (solo transferencias de certificación) ¿Está interesado en una cotización que incluya una transferencia de su actual certificador a AVR?

[ ]  No

[ ]  Si, por favor describa los siguientes puntos:

1. Estado actual de la certificación:

 Vigente ☐, Suspendido ☐, Cancelado ☐

1. Cuál es el siguiente tipo de auditoria planificada con su organismo actual:

 Vigilancia 1 ☐, Vigilancia 2 ☐, Recertificación ☐

1. Describa condiciones que pueden afectar las actividades de certificación y auditoría, tales como:

Lenguaje(s):

Condiciones de seguridad:

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

Accesibilidad a las instalaciones del cliente o área operativas:

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

Requisitos especiales, etc.:

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

Riesgos:

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

Traslados entre los diversos sitios a auditar:

[ ]  Si, por favor describa

[ ]  No

2. IDENTIFICACIÓN DE CATEGORÍA ALIMENTARIA

Describa en la sección pertinente a la categoría alimentaria en la que se encuentre su organización, los procesos y características de los productos o servicios que se encuentran dentro del alcance de certificación deseado.

1. **Productos agropecuarios (Categoría A/B)**

(Ejemplo: Criadero de ganado, rastro, cosecha de vegetales, horticultura, empaque y almacenamiento de productos agropecuarios, etc.).

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

1. **Procesamiento de alimento para consumo humano y alimento para ganado (Categoría C/D)**

(Ejemplo: Procesamiento de productos de origen animal perecederos incluyendo carne, huevo, lácteos, producción de juegos y productos listos para ser consumidos, etc.).

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

1. **Procesamiento de alimento para consumo humano (Categoría CIV)**

(Ejemplo: Procesamiento de productos establecer al medio ambiente, productos que son producidos y almacenados a temperatura ambiente incluyendo alimentos enlatados, galletas, botanas, aceites, agua, bebidas, pasta, harina, azúcar, sal grado alimenticio, etc. Por definición los productos que no requieren temperaturas controladas para su venta o almacenaje.

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

1. **Comisariato, (Categoría E)**

(Ejemplo: Preparación, almacenamiento, entrega de alimento para su consumo, con preparación en sitio o en sitio remoto).

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

1. **Venta al menudeo, transporte, almacenamiento (Categoría F/G)**

(Ejemplo: Suministro de alimentos terminados para ser entregados a un detallista, compra y venta de productos para su venta al menudeo y actividades de empaque asociado, instalaciones de almacenaje y vehículos distribución para el transporte y almacenamiento y vehículos de distribución para el almacenamiento y transporte de productos a temperatura ambiente).

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de servicio** | **Número de almacenes eventuales** |
| *1*  |  |
| *2* |  |
| *3* |  |
| *4* |  |

1. **Servicios auxiliares (Categoría H/I/J)**

(Ejemplo: Fabricación y producción de materiales de empaque, manufactura y desarrollo de equipo de procesamiento de alimentos y máquinas expendedoras, producción de servicios relacionados a la producción inocua de alimentos, abastecimiento de agua, control de plagas, servicios de limpieza, disposición de basura, etc.).

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

1. **Bioquímicos, (Categoría K)**

(Ejemplo: Aditivos, vitaminas, minerales, cultivos biológicos, saborizantes, encimas, pesticidas, conservadores, drogas, fertilizantes y agentes de limpieza).

Describir los procesos y las características de los productos y/o servicios:

|  |
| --- |
|  |

3. DATOS DEL SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Elaborado por: |  |
| Puesto: |  |
| Fecha: |  |
| Firma: |  |
| Empresa Consultora:  | (en caso de ser aplicable) |
| Nombre de la persona(s) que realizaron labores de consultoría externamente: |  |

Nota. Todos los datos provistos en esta solicitud serán la base para la presentación de la propuesta comercial y la realización del proceso de certificación, en caso de que la información no sea precisa o se reporten divergencias o cambios, la organización deberá presentar una nueva solicitud.

4. REQUISITOS PARA INICIAR LA CERTIFICACIÓN

1. ¿La organización tiene la capacidad de demostrar el alcance solicitado?

Si [ ]  No [ ]

1. ¿La organización ha llevado a cabo un ciclo completo de auditoría interna, bajo el alcance solicitado que incluya todos los sitios reportados en esta solicitud?

Si [ ]  No [ ]

1. ¿La organización ha llevado una revisión gerencial al sistema de gestión para el alcance de certificación solicitado en todos los sitios reportados en esta solicitud?

Si [ ]  No [ ]

1. ¿La organización cuenta con una evaluación de peligros?

Si [ ]  No [ ]

1. ¿La organización cuenta con objetivos y política de inocuidad alimentaria?

Si [ ]  No [ ]

1. ¿La organización cuenta con información documentada sobre los planes de control?

Si [ ]  No [ ]

5.PERFIL DEL CLIENTE

1. Descripción de los productos y servicios de la organización incluyendo la naturaleza, subproductos, uso previsto.

|  |
| --- |
|  |

1. Mercado de consumo.

|  |
| --- |
|  |

1. Usuario esperado del producto o servicio.

|  |
| --- |
|  |

1. Si sus actividades de producción o manufactura incluyen empacado, describir proceso:

|  |
| --- |
|  |

1. Si sus actividades de producción incluyen productos directos de granja, describir el procesamiento y actividades empaque y almacenamiento:

|  |
| --- |
|  |

**Nota 1**.-Las cotizaciones solicitadas por los clientes es totalmente gratuita.

**Nota 2**.- Toda la información contenida en este documento es de carácter confidencial y no puede ser revelada a terceros sin el consentimiento del cliente.

**Nota 3**.- Función central es donde se concentra la autoridad de la alta gerencia de la organización y se ejerce sobre cada uno de los sitios dentro del alcance del sistema de gestión, el cliente debe considerar que no es un requisito que estas funciones estén localizadas en un sitio único por lo que pueden estar repartidos en diversas locaciones.

La función central es responsable por asegurar que sea recolectada y analizada la información de todos los sitios y que puede demostrar que tiene la autoridad y habilidad para iniciar cambios en la organización según se requieran en relación con cambios en el sistema, revisión por la gerencia, quejas, evaluación de acciones correctivas, plan de auditoría interna, evaluación de resultados y requisitos regulatorios y estatutarios aplicables.

**Nota 4.-**El cliente acepta que la información proporcionada en este documento es precisa y es el fundamento, para llevar a cabo todo el proceso de certificación, en caso de existir cambios o modificaciones en los datos proporcionados, el cliente deberá notificarlo y esto será sujeto a una propuesta comercial.

|  |
| --- |
| Para uso interno de AVR |
| Iniciales de la persona que reviso la Solicitud de Cotización  |  |
| Categoría alimentaria relacionada con el alcance solicitado: |  |
| Equipo auditor determinado: |  |

**Anexo A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sitios** | **Sitios con función central** | **Jerarquía de los sitios** | **Domicilio de sitios** | **Tipo (Temporal, Permanente, Virtual)** | **No. de turnos** | **Número de personas efectivas incluidas en el alcance, por turno** | **Procesos y actividades realizadas** | **Procesos y actividades realizadas en cada sitio que son similares** | **Procesos y actividades realizadas específicas (Presencia de variaciones, requisitos contractuales y regulatorios no similares)** | **Peligros a la inocuidad de los alimentos pertinentes al sitio** |
| **Ope.** | **Adm.** |
| *1* |  |  |  |  | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *2* |  |  |  |  | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *3* |  |  |  |  | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *4* |  |  |  |  | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |
| *5* |  |  |  |  | 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| Mixto |  |  |