

## Formato de solicitud de inocuidad alimentaria

V6-1

### SECCION 1: ELIJA UN PROGRAMA *(marque la opción (es) donde aplique)*

#### Programas de Auditoria de Inocuidad Alimentaria

<b>BPA (Buenas Prácticas Agrícolas):</b> <input type="checkbox"/> Personal para la cosecha <input type="checkbox"/> Campo y siembra	<b>BPM (Buenas Prácticas de Manufactura):</b> <input type="checkbox"/> Empacadora <input type="checkbox"/> Almacenaje en frío c/ re empaquetamiento <input type="checkbox"/> Almacenaje en frío y distribución <input type="checkbox"/> Hidro-enfriamiento y almacenaje en frío <input type="checkbox"/> Fresh-Cut (Corte fresco)	<input type="checkbox"/> TN10 (Tesco Nurture's Choice)
		USDA Programa Nacional Orgánico: <input type="checkbox"/> Productor Orgánico <input type="checkbox"/> Procesador Orgánico

#### Programas de Certificación GFSI

<b>SQF 1000: Certificación contra Código SQF 1000 5ta Edición, Enero 2010</b> <input type="checkbox"/> SQF 1000 Nivel 1 (no reconocido por GFSI) <input type="checkbox"/> SQF 1000 Nivel 2 <input type="checkbox"/> SQF 1000 Nivel 3	<b>SQF 2000: Certificación contra Código SQF 2000 6ta Edición, Agosto 2008</b> <input type="checkbox"/> SQF 2000 Nivel 1 (no reconocido por GFSI) <input type="checkbox"/> SQF 2000 Nivel 2 <input type="checkbox"/> SQF 2000 Nivel 3	<b>SQF Multi-sitio:</b> <input type="checkbox"/> Multi-sitio (1000 & 2000)
<b>GlobalGAP: Certificación contra Regulaciones Generales Integrated Farm Assurance (IFA) (Aseguramiento de Granja Integrado) V3:1 Nov 9</b> <input type="checkbox"/> GlobalGAP Frutas y Vegetales Opción 1 (sitio único) <input type="checkbox"/> GlobalGAP Frutas y Vegetales Opción 1 (multi-sitio) <input type="checkbox"/> GlobalGAP Frutas y Vegetales Opción 2 (En adición al Estándar IFA mencionado arriba, también parte III, Grupo Productor (Opción 2) Certificación V3.1 Nov 9.)	<input type="checkbox"/> BRC (British Retail Consortium) Certificación contra el Estándar Global para Inocuidad Alimentaria 5ta. Edición <input type="checkbox"/> BRC auditoría opcional sin previo aviso (Abierto a empresas a quienes han otorgado la certificación grado A o B en su auditoría normal anual.)	

### SECTION 2: GENERAL INFORMATION (CORPORATE LEVEL)

Nombre de la Empresa:		Contacto Principal:	
Domicilio:		Teléfono: / Fax: / Email:	
Ciudad:		Dirección de facturación – Marque si es el mismo domicilio <input type="checkbox"/>	
Estado:	Código Postal:	De otra manera, proporcione la dirección de facturación: Contacto: Email:	
Status Legal: <input type="checkbox"/> Único propietario <input type="checkbox"/> Fideicomiso o sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Sociedad Legal <input type="checkbox"/> Otra (especifique)			
Si es una Corporación, la persona anunciada como primer contacto ¿está autorizada para actuar en su nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha sido certificado anteriormente por SCS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor especifique el programa:			
¿Ha sido certificado anteriormente por otro cuerpo de certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, proporcione el nombre del cuerpo de certificación y el tipo de auditoria: Número de Registro del Esquema anterior:			
<i>Si anteriormente ha sido certificado por otro cuerpo de certificación, someta el reporte de la más reciente auditoría con la lista de las inconformidades y su descripción de las acciones tomadas para corregir esas inconformidades.</i>			
¿Se le ha negado alguna vez la certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa las circunstancias:		En caso afirmativo, proporcione el programa de certificación de inocuidad alimentaria y el nombre del cuerpo de certificación:	

¿Utilizaría las marcas de certificación SQF, GLOBALGAP o BRC?  Sí  No En caso afirmativo, enliste la(s) marca(s):

¿Hay alguna marca/etiqueta relevante bajo el cual el producto registrado deberá ser comercializado?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione información:

### SECCION 3A: FACILIDAD/SITIO INFORMACION PARA AUDITORIAS GFSI

#### SQF 2000 & 1000 – NIVELES 2 & 3, BRC, GLOBALGAP

Sitio Central de Información: Sitio Información de contacto Propietario/Gerente: Nombre: Teléfono: Email: Numero de Fax:	Contacto Primario en el Sitio: Nombre: Teléfono: Email: Numero de Fax:	Gerente(s): Persona(s) responsable de las operaciones relacionadas con el producto:
		Producción:
		Técnico:
		Ventas/Mercadotecnia:
		(Aplicable sólo a Certificación SQF)  Nombre de experto en SQF:

Sólo para productores – Por favor proporcione la siguiente información de cualquier sitio/campo que desea auditar. Para una operación multi-sitio, por favor enliste los sub-sitios. *(Contacte a SCS si necesita espacio adicional):*

Sub-sitio/ Sitio / Nombre del Campo (a ser auditado)	Domicilio (Si no aplica, nombre las calles que cruzan)	Ciudad, Estado y Código Postal	Campos / Superficie de cultivo	# del personal de Cosecha	# de almacenes empaquetados	Distancia entre Campos / Sitio Central	Nombre del Cultivo (s) (Incluido en el alcance)

Solo para Procesadores / Fabricantes – Por favor proporcione la siguiente información para cualquier sitio/facilidad que desea auditar *(contacte a SCS si necesita espacio adicional):*

Nombre del Sitio/Facilidad (a ser auditada)	Domicilio del Sitio/Facilidad	Ciudad, Estado y Código Postal	Pies Cuadrados Estimados	Nombre(s) del Producto (s) (Incluido el alcance)


Liste cualquier exclusión del alcance: (solo son permitidos cuando exista una clara diferenciación entre productos incluidos y excluidos del alcance. La Exclusión de partes de las operaciones del ámbito de aplicación deberán ser justificadas).

Identifique la(s) Categoría/Categorías del Sector Alimenticio (solamente SQF & BRC):

Ingreso Anual Estimado:  <\$50,000  \$50,000 – \$500,000  \$500,000 – \$1 millón  \$1 millón

Compradores que requieran la certificación:

¿Cuándo estaría disponible para ser contactado?  Mañana  Después del medio día  Tarde

Proporcione una fecha estimada para la auditoría de la certificación:

Idioma de preferencia para que la auditoría sea conducida:

### SECCION 3B: FACILIDAD/SITIO INFORMACION PARA AUDITORIAS QUE NO SEAN GFSI

#### SQF 2000 & 1000 NIVEL 1, GAP, GMP, ORGANICO, Y TESCO

Sitio Central de Información: Nombre: Teléfono: Email: Numero de Fax:	Contacto Primario en el Sitio: Nombre: Teléfono: Email: Numero de Fax:	Gerente(s): Persona(s) responsable de las operaciones relacionadas con el producto:
		Producción:
		Técnico:
		Ventas/Mercadotecnia:
		(Aplicable sólo a Certificación SQF)  Nombre de experto en SQF:

Sólo para productores – Por favor proporcione la siguiente información de cualquier sitio/campo que desea auditar. Para una operación multi-sitio, por favor enliste los sub-sitios. (Contacte a SCS si necesita espacio adicional):

Sub-sitio/ Sitio / Nombre del Campo (a ser auditado)	Domicilio (Si no aplica, nombre las calles que cruzan)	Ciudad, Estado y Código Postal	Campos / Superficie de cultivo	# Del personal para Cosecha	# De almacenes para empacar	Distancia entre Campos / Sitio Central	Nombre de los Cultivos (incluidos en el alcance)

Solo para Procesadores / Fabricantes – Por favor proporcione la siguiente información para cualquier sitio / facilidad que desea auditar (contacte a SCS si necesita espacio adicional):

Nombre del Sitio/Facilidad	Domicilio del Sitio/Facilidad	Ciudad, Estado y Código Postal	Pies Cuadrados Estimados	Nombre del Producto(s)
Liste cualquier exclusión del alcance: (solo son permitidos cuando exista una clara diferenciación entre productos incluidos y excluidos del alcance. La Exclusión de partes de las operaciones del alcance deberán ser justificadas).				
Identifique la Categoría/Categorías del Sector Alimenticio (Solo SQF):				
Ingreso Anual Estimado: <input type="checkbox"/> <\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 – \$500,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 – \$1 millón <input type="checkbox"/> \$1 millón				
Compradores que requieran certificación::				
¿Cuándo estaría disponible para ser contactado? <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Después del medio día <input type="checkbox"/> Tarde				
Proporcione una fecha estimada para la auditoría de la certificación:				
Idioma de preferencia para que la auditoría sea conducida:				

## SECCION 4: AFIRMACION

No. De Registro del Cliente: \_\_\_\_\_ (si aplica)  
 Afirmo que la información provista aquí es verdadera y correcta y de todo mi conocimiento, y que estoy debidamente autorizado para firmar esta declaración. En caso de que nuestra empresa decida proseguir con la certificación, estoy de acuerdo en suministrar cualquier información que se considere necesaria para la auditoria de la operación y/o los productos a certificarse, así como cumplir con todos los estándares pertinentes.

Inspección inicial:  
 50% pago recibido:  
 Inspector y / o Auditor Líder:

Escriba el Nombre:

Firma:

Puesto:

Fecha:



Scientific Certification Systems, Inc.  
2000 Powell Street, Suite 600  
Emeryville, CA 94608  
Tel: +1.510.452.8000 / Fax: +1.510.452.8001  
[www.SCScertified.com](http://www.SCScertified.com)