Para poder presentarle una oferta para el costo de la inspección y certificación, le pedimos atentamente de llenar este formulario de una forma detallada. Simplemente deje sin contestar aquellas preguntas que no aplican para su situación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | **Nombre de la empresa y personería jurídica:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Persona responsable: | | | | |  | | | | | | | | | | Nombre del predio a certificar: | | | |
| Coordenadas GPSLatitud: |  | | | | Coordenadas GPS  Longitud: | | |  | | | | | Dirección tributaria según RUC: | | | | | |
| Ciudad: | | Provincia: | | | | | | País: | | | | | | | | | RUC / Cédula: | |
| Teléfono: | | | | Celular: | | | | | | Email: | | | | | | |
| **2** | | **Tipo de empresa a certificarse**:  Finca (Producción Vegetal)  Grupo de agricultores  Procesado de Alimentos  Comercio (Exportación/Importación) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1** | **Producción vegetal**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de fincas: | | | | | | | | | | | | | Total hectáreas: | | | | | | |
| Ubicación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distancia de las fincas a la dirección indicada en el punto 1 en km: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cultivo | | | | | | | Hectáreas | | | | | | | | Cantidad aproximada cosechada por año | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| **2.2** | **Grupo de productores:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de miembros del grupo: | | | | | | | | | | | | | Total de hectáreas: | | | | | | |
| Distancia de las fincas a la dirección indicada en el punto 1 en km: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cultivo (s) solicitado (s) para certificación: | | | | | | | | | | | | | Número de centros de acopio: | | | | | | |
| El grupo tiene manejo poscosecha (empaque, consolidación, fermentación, etc:  Si No  Si su respuesta es Si, por favor describa que manejo poscosecha realiza: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3** | **Procesamiento:** Distancia entre unidad de procesamiento y dirección dada arriba (3):       km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de procesado: | | | | | | | | | | | | Número de unidades: | | | | | | | |
| Distancia de las fincas a la dirección indicada en el punto 1 en km: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materia prima | | | | Producto final | | | | Capacidad anual de la parte orgánica | | | | | | | | | Venta al por mayor (granel) | | Venta minorista (producto al consumidor final) |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | |  |
| **2.4** | **Comercio (exportación / importación):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oficina de comercialización está en la misma dirección como arriba (1): | | | | | | | | | | | | Otra dirección: | | | | | | | |
| Comercializador acopia, almacena, empaca y/o etiqueta productos:   * describa el tipo de actividad : * por favor describa la dirección de donde realiza esta actividad: | | | | | | | | | | | | Comercializador solo maneja documentos: | | | | | | | |
| Número de proveedores: | | | | | | | | | | | | Número de productos a certificar: | | | | | | | |
| **3** | **Subcontratación:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Mantiene actividades subcontratadas que se realicen en instalaciones diferentes a la suya (acopio, empaque, almacenamiento, maquila, etc):  Si No  Si su respuesta es Si:   * por favor describa el nombre de la empresa subcontratada: * tipo de actividad subcontratada:   El subcontratista mantiene una certificación orgánica vigente:  Si No  Si su respuesta es Si, por favor describa el nombre la agencia de certificación del subcontratista:  Distancia de la ubicación del sitio subcontratado a la dirección indicada en el punto 1 en km: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | **Aerofumigación (control fitosanitario: avioneta, helicóptero, dron, cuadrillas de fumigación):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ¿Utiliza cualquiera de los servicios anteriormente indicados para las aplicaciones fitosanitarias?  Si No  En caso de que si proporcionar el nombre de la empresa contratada:  Ubicación (dirección) de la empresa contratada:  Ubicación (dirección) de la pista: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | **Reglamentos, de acuerdo a los cuales Ud. desea ser certificado:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESOLUCION DAJ-20133EC-0201.099 (para el mercado orgánico ecuatoriano)  [Dirección de Orgánicos - AGROCALIDAD](https://www.agrocalidad.gob.ec/?page_id=39148) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | **Historial de certificación:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ud. tiene copia del(os) reglamento(s) según los cuales solicita la certificación?  Copia en papel:  Acceso por internet:  No tengo copia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Por favor seleccione la opción que aplica a su caso:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificación inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificado actualmente con:       pero considero cambiarme de certificadora: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantas veces se han cambiado de certificadora en los últimos 5 años: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificado actualmente con:       pero quiero ser certificado por dos certificadoras: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mi certificado con       ha caducado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mi certificado con       ha sido suspendido o revocado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Me encuentro certificado con CERESECUADOR pero quiero agregar/disminuir o cambiar unidades, productos, etc: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | **De los asesores o consultores:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMPORTANTE**  Usted recibe respaldo de un asesor/consultor/implementador para el cumplimiento de esta Normativa:  Si       No  En caso de que si, por favor indicar el nombre:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nota:** es muy importante que usted declaré si ha recibido asesoría en los últimos 3 años por personal de CERESECUADOR para la implementación de la norma o para la implementación de acciones correctivas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Por la presente declaro que he sido informado suficientemente sobre los requisitos para la certificación orgánica ecuatoriana y reglas de certificación de CERESECUADOR y por lo tanto doy mi consentimiento para que se pueda visitar/inspeccionar a las actividades subcontratadas declaradas en esta solicitud (incluida aerofumigadoras). CERESECUADOR, mantiene la confidencialidad de la información comercial del cliente, excluyendo la información que ya es de conocimiento público.

Fecha: Firma y sello de la compañía:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta parte tiene que llenarse por CERES!** Revisión de la aplicación

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | ¿Los requisitos de la certificación fueron definidos claramente? Sí  No |
| **2** | ¿Se aclararon posibles dudas sobre el procedimiento de certificación entre el solicitante y CERES? Sí  No |
| **3** | ¿CERES está en capacidad de prestar el servicio de certificación que solicita el aplicante (incl. aspectos como domicilio, idioma y otros) y se acepta la solicitud? Sí  No |
| **4** | Comentarios: |

Fecha:       Firma: