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 GPSLongitud: |       | 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 [ ] NoSi 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 [ ] NoSi 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 [ ] NoSi 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 [ ] NoEn 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:** |
| [x]  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: