LOGO ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN

FORMATO DE APLICACIÓN PARA FLOR ECUADOR CERTIFIED®

VERSIÓN 4.0 DE FLOR ECUADOR CERTIFIED

NOMBRE DE ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN:	
CONTACTO DE ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN:	
CORREO:	TELÉFONO:

DATOS DE EMPRESA SOLICITANTE:

NOMBRE DE EMPRESA:	
CONTACTO:	
CARGO:	
CORREO:	TELÉFONO:

Este formato solicita información de la empresa para preparar la oferta técnico-económica para la certificación Flor Ecuador®. Por favor complete toda la información requerida, la aplicación no compromete a usar los servicios de este Organismo de certificación.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA:

NOMBRE DE EMPRESA COMO CONSTA EN EL RUC:
RUC: CÓDIGO POSTAL:
DIRECCIÓN:
CALLES: NRO:
CIUDAD: PROVINCIA: PAÍS:
COORDENADAS GEOGRÁFICAS (LATITUD Y LONGITUD)
PAÍSES DE COMERCIALIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS (EN GENERAL):

SELECCIONE TIPO DE EMPRESA: ***PRODUCTORA***		**MICROPRODUCTORA**		**COMERCIALIZADORA**	

ALCANCE DE CERTIFICACIÓN.
Detalle las fincas bajo la misma razón social a certificar y sus características.
(Si los sitios o fincas no constan bajo RUC, se deberá enviar el pago del impuesto predial para confirmar que el sitio o finca forma parte de la razón social)

Nombre de la finca	Distancia respecto a matriz (en horas)	Número de trabajadores	Número de hectáreas	Productos	Volumen aproximado en TON en el presente año

Detalle las fincas bajo la misma razón social y sus procesos, coloque el número de áreas con las que cuenta en cada proceso. El área administrativa incluye Gerencia, Recursos Humanos, oficinas del personal administrativo y servicios médicos.

Nombre de la finca	**Cultivo**	**Post cosecha**	**Áreas administrativas**

DETALLE LA UBICACIÓN DE CADA ÁREA REGISTRADA

Área	Calles y No.	Ciudad	País	Coordenadas Geográficas

SOLO PARA COMERCIALIZADORAS:

Detalle a continuación el nombre de la empresa que provee de Flor con su respectivo RUC, el código de certificación Flor Ecuador (si no está certificado colocar N/A), y en % la cantidad de flor que se recibe.

Nombre Empresa	RUC	Código Flor Ecuador	% en Flor

DETALLE DEL SERVICIO

TIPO DE AUDITORÍA:	CERTIFICACIÓN	○	RECERTIFICACIÓN	○	

FECHA DE VENCIMIENTO DEL ÚLTIMO CERTIFICADO: DD / MM / AAAA

¿Para la implementación de esta normativa están usando los servicios de un consultor? SÍ ○ NO ○

Si su respuesta es sí, por favor indique el nombre del consultor:

RESPONSABLE DEL FORMULARIO:

NOMBRE:

CARGO:

FECHA:

FIRMA:

El Organismo de Certificación revisará la solicitud y se comunicará en máximo 5 días para continuar el proceso.