Número PAMFA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Exclusivo PAMFA.

Estimado cliente, favor de llenar los datos en los espacios requeridos, esta información es necesaria para completar el proceso de certificación de acuerdo al esquema de certificación que usted solicita.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del operador (entidad legal y persona de contacto):** | | | | | | | | |
| Nombre de la entidad legal (empresa o persona física): | | | | | Nombre del representante legal: | | | |
| Dirección de la entidad legal: Calle y número: | | | | | | | | |
| Coordenadas de la entidad legal: | | | | | | | | |
| C.P.: | Colonia: | | Municipio: | | | Estado: | | País: |
| Correo electrónico: | | Número telefónico (oficina o personal): | | | | | | Fax: |
| **Marque con una X el servicio solicitado:** | | | | Marque con una X el tipo de productor: | | | | |
| Ley de Productos Orgánicos.  Régimen Orgánico de Canadá - COR  Acuerdo de equivalencia USCOEA | | | | **Productor**  **individual.** | | | **Grupo de pequeños productores:**  **Indicar el número de productores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | |

# 1. Indique las cantidades y productos que desea certificar (los datos contenidos en este apartado serán los que aparezcan en el certificado):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producto** | **Número de colmenas** | **Toneladas orgánicas** | **Toneladas conversión** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Total: | Total: | Total: |

# 2. Generación de evidencias de las actividades realizadas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | | **SI** | **NO** | **Información para verificar lo declarado (pe. libreta de campo, registros).** |
| ¿Las fuentes de néctar y polen (cultivos) que se encuentran en un cerca de los apiarios son manejados por el mismo operador? | |  |  |  |
| Registros de compra de insumos. | |  |  |  |
| Aplicación de insumos | |  |  |  |
| Registros de actividad en apiario (incluyendo actividad, fecha, aplicaciones, dosis, responsable, etc.) | |  |  |  |
| En caso de existir producción paralela, registros de cosecha de apiario orgánico y de producción convencional (Fechas, Ubicación, Cantidad). | |  |  |  |
| Registros de cosecha/acopio (Fecha, Cantidad, colmena, operador, Denominación Orgánica). | |  |  |  |
| Bitácoras de limpieza del transporte | |  |  |  |
| Registros de conformación de carga, incluyendo el número tambos/ botes y la identificación de quienes conformaron la carga. | |  |  |  |
| Métodos de trazabilidad y etiquetado de producto. | |  |  |  |
| Registros de venta. Facturas que incluyan fecha, cantidad, producto y condición del producto (orgánico, convencional, conversión). | |  |  |  |
| Registro de reclamos | |  |  |  |
| ¿Cuánto tiempo guarda sus registros? | |  |  |  |
| ¿Está dispuesto a guardar sus registros por al menos 5 años? | |  |  |  |
| En caso de no existir registros, detalle las razones. |  | | | |
| En caso de no existir registros, detalle la manera de dar evidencia a lo establecido en este plan orgánico. |  | | | |

# 3. Historial de la operación:

|  |
| --- |
| Indique el historial de la operación, terrenos colindantes y cualquier situación relevante para la obtención del (los) producto (s): |
| Describa su método/sistema de trazabilidad para identificar desde el origen de la cría hasta el momento de la cosecha |

# 4. Manejo de las colonias y colmenas (incluidas las supertrampas de cría y miel)

4.1 Historial de adquisiciones.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADQUISICIÓN (compras, donaciones, o cualquier otra forma).** | **Núm. de colmenas** | **Fecha de Adquisición** | **Resumen del Manejo de colmenas en el último año.** |
| Orgánico |  |  |  |
|  |  |  |
| Conversión |  |  |  |
|  |  |  |
| Convencional |  |  |  |
|  |  |  |
| Natural (capturas): |  |  |  |
|  |  |  |

**4.2 Incrementos:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estatus** | **Núm. de colmenas del último ciclo de certificación** | **Núm. colmenas Renovadas** | **%** | **Núm. Colmenas Incrementadas** | **%** | **Colonias Actuales** |
| Orgánicas |  |  |  |  |  |  |
| Conversión |  |  |  |  |  |  |
| Convencional |  |  |  |  |  |  |
| Natural |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En el caso de las renovaciones el porcentaje de abejas reinas y/o enjambres de procedencia no ecológica no excede el 10%. | **SI** | **NO** |
|  |  |
| En el caso de reinas y/o enjambres renovadas o incrementadas cuyo origen no es ecológico, se colocaron en colmenas con panales o láminas de cera procedentes de unidades de producción ecológica. |  |  |

# 5. Generalidades del proceso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| ¿Existe un inventario de los apiarios debidamente identificados a escala, reflejando la realidad de la ubicación? |  |  |  |
| ¿Existe una descripción y análisis de idoneidad de la zona vegetacional de producción? |  |  |  |
| ¿Cuenta la ubicación de los colmenares con suficientes fuentes de néctar natural, mielada y polen para las abejas, así como el acceso al agua? |  |  |  |
| ¿Las fuentes de néctar y polen que se encuentran en un radio de 3 Km para abejas melíferas o de 800 metros para meliponas se constituyen fundamentalmente de cultivos orgánicos, silvestres, naturales o cultivos tratados mediante métodos con un bajo impacto medio ambiental? |  |  |  |
| ¿Se mantiene los apiarios a distancia suficiente de cualquier fuente de producción no agrícola que pueda dar lugar a contaminación? |  |  |  |
| ¿Cuándo se colocan los apiarios en zonas silvestres, toma en cuenta el impacto sobre la población de insectos autóctonos? |  |  |  |
| ¿Hay registro de identificación de las colmenas? |  |  |  |
| **Describa lo siguiente:** | | | |
| Realice una descripción del manejo del apiario y de las colmenas (si es permanente, migratorio): | | | |
| Describa el plan de migración en caso de apicultura conversión; (incluyendo fechas, áreas, floración, etc.): | | | |
| Describa la floración con potencial melífera en un círculo de 3 km alrededor del apiario, en el caso de los meliponarios el radio será de mínimo 800 metros: | | | |
| Describa los cultivos presentes (intensivos o extensivos) y otras potenciales fuentes de contaminación en un círculo de 3 km.: | | | |

# 6. Alimentación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda el tipo de alimentación.** | **Si** | **No** | **Descripción.** |
| ¿Se deja suficiente reserva de miel y de polen a las abejas al final de la época productiva? Amplié su respuesta: |  |  |  |
| En caso de proveer alimentación artificial, ¿se realiza solo cuando la supervivencia de las colmenas, este comprometida por las condiciones climatológicas? |  |  |  |
| ¿Cuenta con registros que detalle la alimentación artificial que se le proporciono a las abejas, cantidad, periodo de tiempo, etc.? |  |  |  |
| ¿La alimentación invernal solo se realizará entre la última cosecha de miel y 15 días antes del inicio del próximo período de flujo de néctar o melaza? Amplíe su respuesta |  |  |  |
| **Marque con una X Tipo de alimento:** | **Si** | **No** | **Descripción.** |
| Miel ecológica.  Cantidad: |  |  |  |
| Polen ecológico.  Cantidad: |  |  |  |
| Jarabe de azúcar ecológica.  Cantidad: |  |  |  |
| Azúcar ecológica.  Cantidad: |  |  |  |
| Otro tipo de alimento, describe cuál: |  |  |  |
| ¿Se utilizan antibióticos/bactericidas en forma rutinaria en la alimentación de los animales (no con fines terapéuticos)?  Indicar los antibióticos/bactericidas que se utilizan. |  |  |  |
| ¿Se emplean aditivos en la alimentación?  Indique los aditivos que utiliza. |  |  |  |
| En caso de escasez regional o estacional de forraje y para la alimentación invernal de las colonias, ¿Estas son provistas de algún alimento?  Indique cuales |  |  |  |
| En caso de usar azúcar refinada no ecológica, ¿Se mantiene registro de las prácticas para evitar la mezcla de alimentos orgánicos y no orgánicos? |  |  |  |
| En caso de usar azúcar refinada no ecológica ¿Tiene un plan para reducir o eliminar el uso de esta? |  |  |  |

# 7. Profilaxis.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **Descripción.** |
| ¿Realiza selección de poblaciones resistentes? |  |  |  |
| ¿Hace renovación periódica de abejas reinas? Describa cómo se realizó la renovación en los últimos tres periodos. |  |  |  |
| ¿Realiza renovación de cera cuando esta lo amerita? ¿Cuándo fue la última vez? |  |  |  |
| ¿Desinfecta periódicamente materiales e instrumentos? Describa los productos que utiliza para desinfectar. |  |  |  |
| ¿Se respetan los períodos de carencia (baja floración, alta precipitación pluvial, bajas temperaturas, etc.)? |  |  |  |

# 8. Control sanitario.

Mencione las principales plagas y enfermedades que afectan sus colmenas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Principales enfermedades.** | | | | | |
| **Nombre común** | | **Organismo causante** | **Ciclo de vida atacado/afectado** | | **Medidas de control** |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| **Principales plagas.** | | | | | |
| **Nombre común** | | **Organismo causante** | **Ciclo de vida atacado/afectado** | | **Medidas de control** |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| **Sustancias** | | | | | |
| **Nombre el producto/ sustancia** | **Motivo del uso** | **Dosis** | **Producto** | | **Evidencia documental (bitácora, registro)** |
| **Propio** | **Comprado** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# 9. Prácticas de manejo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **Si** | **No** | **Descripción.** |
| ¿Se realizan monitoreos regularmente, de forma independiente por colonia? Favor de indicar cada que tiempo. |  |  |  |
| Si se realiza la práctica de eliminación de zánganos en las colmenas, ¿es solamente para el control de Varroa destructor? |  |  |  |
| ¿Se destruyen las abejas en los panales como método asociado a la recolección de los productos? |  |  |  |
| ¿Se cortan la punta de las alas de las abejas reinas? |  |  |  |
| ¿Realiza división de apiarios? |  |  |  |
| ¿Se eliminan las crías machos sistemáticamente? |  |  |  |
| ¿Se utilizan repelentes químicos sintéticos durante operaciones de recolección de la miel?  ¿Cuáles? |  |  |  |
| ¿Se recolecta miel de panales que contengan cría? |  |  |  |
| ¿Si se utiliza separador de reina o trampa de polen, estos no causan ningún daño a las abejas? |  |  |  |
| ¿Realiza destrucción anual de las colonias de abejas, después de los flujos de néctar? |  |  |  |
| ¿Ocupa alguno de los siguientes equipos o materiales para retirar las abejas de la colmena?  Tablas de evacuación de abejas, sacudidas, cepillado o sopladores de aire forzado. |  |  |  |

Medidas de control realizadas (aplicación de sustancias para el control de plagas y enfermedades:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Problema** | **Sustancia aplicada** | **Ubicación de colmena** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 10. Construcción de las colmenas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **Descripción.** |
| ¿Las colmenas están construidas con materiales naturales que no representan riesgos de contaminación para el medio ambiente ni para los productos de la apicultura?  Describa los materiales: |  |  |  |
| ¿Las colmenas están identificadas? |  |  |  |
| ¿Utiliza algún insumo autorizado para el mantenimiento de la colmena?  Mencione los insumos. |  |  |  |
| ¿Cuál es el origen de la cera utilizada en los marcos? Descríbala: |  |  |  |
| ¿Existe un análisis de residuos de plaguicidas de la cera? |  |  |  |
| ¿Los insumos adquiridos fueron producidos sin el uso de organismos genéticamente modificados? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **Descripción.** |
| ¿Cuenta con registros de la extracción de miel? |  |  |  |
| ¿El lugar en donde se realiza la extracción no constituye un riesgo de contaminación para los productos apícolas?  Describa el lugar. |  |  |  |
| ¿Se realiza calentamiento de la miel para la extracción?  Por favor señale la temperatura. |  |  |  |
| ¿Se calienta la miel para la decristalización?  Por favor señale la temperatura. |  |  |  |
| ¿Se toman medidas para evitar el pillaje durante el proceso de extracción? |  |  |  |
| ¿La sedimentación y/o filtrado de la miel, se realiza en un lugar que no representa riesgo de contaminación?  Describa el lugar. |  |  |  |
| ¿El equipo que entra en contacto directo con la miel es de acero inoxidable o de materiales de grado alimenticio? |  |  |  |
| ¿Se adoptan medidas de limpieza para todo el equipo que entra en contacto directo con la miel?  Describa las medidas: |  |  |  |
| ¿Adopta medidas de higiene que al momento de la extracción?  Describa. |  |  |  |
| ¿Se extraen subproductos apícolas (polen, propóleos, cera u otro)?  Mencione los subproductos: |  |  |  |
| ¿Existe un análisis de residuos de plaguicidas de la miel? |  |  |  |
| ¿Existen residuos de plaguicidas en la miel? |  |  |  |

# 11. Producción paralela.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **Descripción.** |
| ¿Existe producción paralela? |  |  |  |
| En caso de existir producción paralela, ¿cuáles son las causas? |  |  |  |
| En caso de producción paralela, ¿se realizó una clara segregación desde el manejo, cosecha y venta del producto? |  |  |  |
| Describa el procedimiento de segregación: | | | |

# 12. Comercialización:

Por favor indique en donde comercializa o donde pretende comercializar los productos orgánicos, así como la marca utilizada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Destino** | **Producto / subproducto** | **Porcentaje estimado de venta** | **Marcas utilizadas** |
| Mercado local |  |  |  |
| Minorista |  |  |  |
| Mayorista |  |  |  |
| Intermediario |  |  |  |
| Exportación |  |  |  |

# 13. Registro de reclamos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque con una X según corresponda.** | **SI** | **NO** | **Descripción.** |
| ¿Han existido reclamos al operador? |  |  |  |
| ¿Existe una investigación de los reclamos y su probable origen o causa raíz? |  |  |  |
| ¿Se han respondido a las reclamaciones? |  |  |  |
| Indique el motivo, fecha y acciones tomadas para las reclamaciones ocurridas: | | | |

# 14. Documentos anexos a este plan orgánico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documentos obligatorios.** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| Acuerdo de certificación firmado por el Productor. |  |  |  |
| Carta de intenciones firmada del Productor. |  |  |  |
| Cuadro Historial de Producción (apiario/grupos). |  |  |  |
| Cuadro Control de Inspecciones Internas y Externas (grupos). |  |  |  |
| Documentos que respalden la trazabilidad del producto. |  |  |  |
| Etiqueta original o una copia de la etiqueta original del producto (a color si la etiqueta es a colores). |  |  |  |
| Etiquetas fichas técnicas, hojas de seguridad de insumos que se estén utilizando. |  |  |  |
| Historial de producción de la unidad productiva.  Registros de actividades del manejo previo de la unidad productiva.  Constancias de entidades terceras que estén relacionadas con la producción ecológica o que tengan relación con la actividad que se realiza en la unidad productiva que respalden el historial del apiario y/o manejo en los últimos tres años. |  |  |  |
| Documentos que respalden a operadores que ya tenían certificado orgánico de otra agencia certificadora (Si aplica):  Último certificado orgánico.  Dictamen o decisión de la certificación.  Informe de inspección. |  |  |  |
| Documentos que respalden a productores provenientes de otros grupos que ya contaban con certificación orgánica (Si aplica):  Constancia o acta extendida por el grupo al que pertenecía, donde se haga constar el motivo de la salida.  Certificado orgánico del grupo al que pertenecía y listado anexo al certificado donde pueda apreciarse el nombre del productor. |  |  |  |
| Diagrama de Flujo de Proceso. |  |  |  |
| Plano, Mapa y/o Croquis para unidades individuales (apiario) y en caso de organizaciones mapa de localización geográfica. |  |  |  |
| Copia de Ficha de Inspección Interna (Grupos), si es primera inspección o si hay cambios. |  |  |  |
| Copia de Reglamento Interno de Producción Orgánica (Grupos), si es primera inspección o si hay cambios. |  |  |  |
| Plan orgánico producción animal clase insecta-Grupos. |  |  |  |
| Flujo de ventas de cosecha anterior (Productor / Procesador). |  |  |  |
| Organigrama del Operador. |  |  |  |
| Análisis físico-químico y microbiológico del producto terminado (Procesador). |  |  |  |
| Análisis físico-químico y microbiológico del agua utilizada para las actividades del apiario (alimentación). |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Declaración del productor** | | |
| Comprendo y Acepto que la información anteriormente proporcionada será manejada por PAMFA de manera confidencial. Los datos sólo serán enviados a una tercera parte, si yo doy una autorización o acuerdo por escrito. | | |
| ***Declaro, que todo lo anteriormente mencionado representa de manera exacta mi operación.*** | | |
|  | | |
|  |  |  |
| Nombre firma del representante legal. |  | Lugar y fecha. |
|  | | |

|  |
| --- |
| Uso exclusivo PAMFA  **Resultado de Evaluación** |
| La operación: |
| Está recomendada para continuar con el proceso de certificación: |
| No está recomendada para continuar con el proceso de certificación: |
| Está recomendada para continuar con el proceso de certificación con la(s) siguiente(s) condición (es:). |
| ¿Con la información proporcionada por el operador se puede pasar a la inspección a sitio? |
| SI  No |
| Fecha: |
| Nombre y firma del personal que reviso: |
| Fecha en que se puede programar la visita de Inspección en sitio: |