

**DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DE PRODUCCIÓN APICULTURA
PARA PRESENTACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL ORGÁNICO**

1. DATOS DE LA OPERACIÓN:

| | |
|---|----------------------------------|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA (Para personas jurídicas) : | |
| DIRECCIÓN: | |
| CIUDAD: | PAÍS: |
| <i>Representante legal:</i> | |
| NOMBRE: | APELLIDO: |
| CORREO ELECTRÓNICO: | |
| Telefono no: | Número de fax: |
| <i>Representante Autorizado (que estará presente durante las inspecciones):</i> | |
| NOMBRE : | APELLIDO : |
| Número total de instalaciones: <i>(si se presentan más de 1 instalación al Sistema de Control de ACERT, el operador deberá presentar un Formulario "DESCRIPCIÓN Y MEDIDAS" para cada una por separado)</i> | Número total de personal: |
| ¿La Operación está implementando algún otro sistema de gestión de calidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>En caso afirmativo, indique cuál de las siguientes opciones:</i> <input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 22000 <input type="checkbox"/> ISO FSC 22000 <input type="checkbox"/> IFS <input type="checkbox"/> BRC <input type="checkbox"/> ISO 14000 <input type="checkbox"/> Otra especificar)..... <input type="checkbox"/> Otra especificar) <input type="checkbox"/> Otra especificar) | |

1.1. Descripción de la instalación de procesamiento (proporcione una descripción de su actividad de procesamiento):

1.2 Si la instalación de procesamiento está fuera de la granja y no es propiedad ni está operada por el solicitante, proporcione la siguiente información: N/A

| | |
|---|-----------------------|
| NOMBRE DEL PROCESADOR FUERA DE LA GRANJA (Entidad legal): | |
| DIRECCIÓN: | |
| CIUDAD: | PAÍS: |
| CORREO ELECTRÓNICO: | |
| Telefono no: | Número de fax: |
| SI ES UNA SOCIEDAD, EL REPRESENTANTE AUTORIZADO ES: | Telefono no: |
| Proporcione la siguiente información para la instalación: | |

DIAGRAMA DEL SITIO :
Un diagrama razonable del sitio, que incluya (i) ubicación y nombre de cada edificio, (ii) acceso por carretera, (iii) uso de la propiedad adyacente.

DE FLUJO :
Un diagrama conceptual de cada flujo de productos o grupo de flujos que solicitan certificación.

1.3 Descripción de Productos Apícolas Orgánicos:

Enumere los productos apícolas, marcas, tamaños y tipos de envases que se certificarán como orgánicos y el volumen anual aproximado :

| Producto | Nombre de la marca | Tipo de letra | Volumen anual |
|----------|--------------------|---------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE PRODUCCIÓN APICOLA:

| | |
|--|---|
| 2.1 ¿Se mueve el colmenar? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.2 ¿Cómo se informará al Organismo de Control sobre el traslado de apiarios? | |
| 2.3 Describa en general la naturaleza de las áreas de forraje que se cosecharán, es decir, características físicas, flora y fauna, etc.: | |
| 2.4 Adjunte mapa(s) del RM o mapas del país que indiquen el área de alimentación general, incluidos los sitios de colmena, y el área de alimentación de 3,5 km para cada sitio: | |
| 2.5 Descripción del desarrollo periférico (Identifique claramente en los mapas anteriores) la ubicación de los desarrollos residenciales, comerciales, gubernamentales e industriales dentro del área de alimentación. Describa la naturaleza del tratamiento y eliminación de efluentes residuales (sólidos, líquidos y gaseosos). Indique el potencial de lo anterior por contaminación del área de alimentación con sustancias no permitidas: | |

| | |
|--|---|
| 2.6 ¿Toda la tierra dentro del área forrajera está manejada orgánicamente? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso negativo, ¿qué prácticas existen para maximizar el acceso a tierras gestionadas orgánicamente? | |
| 2.7 Describa la naturaleza del uso de sustancias no permitidas (es decir, pesticidas) dentro de las áreas de alimentación de las colmenas: | |
| 2.8 ¿Se producen organismos genéticamente modificados dentro del área de alimentación del(los) sitio(s) de colmena? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, describa la naturaleza de la producción: | |
| 2.9 ¿Se incluyen los análisis adecuados, según el 2.3. | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |

3. ORIGEN DE LAS ABEJAS

Describe la fuente utilizada de abejas de reemplazo:

| | |
|---|---|
| Dividiendo las poblaciones existentes | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| Compra de enjambres/colmenas | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| Recolección de poblaciones silvestres de la ruina | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| Otro: (especificar) | |
| ¿La empresa, para la renovación de apiarios, compra abejas reinas y/o enjambres de apiarios no orgánicos? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| Describe los procedimientos implementados para identificar cada colmena: | |

4. CONSTRUCCIÓN DE LA COLMENA

| | |
|---|---|
| Describe la naturaleza de los materiales utilizados en la construcción de las colmenas: | |
| ¿Están pintadas las superficies exteriores? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, ¿la pintura es una pintura con base sin plomo? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se utiliza base de plástico? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, ¿qué prácticas existen para evitar el contacto con el plástico? | |
| ¿Cuál es la fuente de la cera de abejas? | |

5. ALIMENTACIÓN

| | |
|--|---|
| Identifique la fuente de agua para la colmena: | |
| ¿Existe alguna alimentación suplementaria de las colonias? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, documente los motivos de la alimentación suplementaria, los plazos en los que se realizará la alimentación y la naturaleza y cantidades de los alimentos proporcionados. | |

| | |
|--|---|
| ¿La información sobre las colmenas donde se utiliza la alimentación se ingresa en el registro del apiario? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

6. GESTIÓN DE COLONIA

| | |
|---|---|
| ¿Existen modificaciones físicas en las abejas (es decir, corte de alas de las reinas)? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| Describir los métodos utilizados para eliminar las abejas de las colmenas. | |
| ¿Se utilizan fumadores en el manejo de las abejas? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, ¿cuál es la naturaleza del combustible utilizado en los fumadores? | |
| Describir los procedimientos establecidos para documentar todas las actividades relacionadas con la extracción de los alzas de miel y el transporte hasta la extracción. | |
| ¿Se inscribe en el registro del apiario la información sobre los retiros de alzas y las operaciones de extracción de miel? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, proporcione un ejemplo de registro: | |
| ¿El equipo utilizado es propietario? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso negativo, ¿quién es el propietario del equipo pertinente y cuáles son las medidas de control adoptadas para evitar contaminaciones con sustancias no autorizadas? | |
| ¿Dónde se almacenan los productos? (Especificar el lugar de almacenamiento, los equipos relevantes y los insumos/productos almacenados) | |

7. ATENCIÓN DE SALUD, MANEJO DE ENFERMEDADES Y PLAGAS

| ¿Qué esfuerzos se hacen para promover colonias sanas y genéticamente diversas? | | | | | | |
|--|----------|-------------|--------------------------|---|------------------------------|--------|
| ¿Qué prácticas de atención médica preventiva se utilizan en la operación? | | | | | | |
| ¿Qué prácticas se emplean para aislar la urticaria enferma? | | | | | | |
| Enumere las sustancias utilizadas para el control de enfermedades y plagas dentro y alrededor de las colmenas. | | | | | | |
| Sustancia | Objetivo | Composición | Método de administración | Duración del tratamiento | Plazo legal de desistimiento | Fuente |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ¿Se han utilizado medicamentos alopáticos (es decir, antibióticos)? | | | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No | | |

En caso afirmativo, especifique la última hora de uso:

Si se produce un tratamiento con sustancias prohibidas, los registros que documenten el aislamiento de la colmena y la venta del producto cosechado de la colmena al mercado convencional deben estar disponibles para su revisión en el momento de la inspección.

8. SISTEMA DE MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Enumere los documentos utilizados y que estarán disponibles según los campos anteriores:

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

DECLARO Y ME COMPROMETO:

- a) realizar las operaciones de acuerdo con las normas de producción orgánica;
- b) aceptar, en caso de no conformidades críticas o importantes, la aplicación de las medidas de las normas de producción orgánica;
- c) comprometerse a informar por escrito a los compradores del producto con el fin de garantizar que las indicaciones relativas al método de producción orgánica sean eliminadas de esta producción;
- d) aceptar, en los casos en que mi operación y/o los subcontratistas de mi operación sean controlados por diferentes autoridades u organismos de control de acuerdo con el sistema de control establecido por ACERT, el intercambio de información entre dichas autoridades u organismos;
- e) aceptar, en los casos en que mi operación y/o los subcontratistas de mi operación cambien nuestra autoridad de control u organismo de control, la transmisión de sus expedientes de control a la autoridad de control u organismo de control posterior;
- f) aceptar, en los casos en que mi operación se retire del sistema de control, informar sin demora a la autoridad local competente, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el tercer país en cuestión;
- g) aceptar, en los casos en que mi operación salga del sistema de control, que el expediente de control se conserve por un período mínimo de cinco años;
- h) Aceptar informar a ACERT y a la autoridad o autoridades de control pertinentes o al organismo u organismos de control sin demora sobre cualquier no conformidad importante o crítica que afecte el estado orgánico de mis productos o de los productos orgánicos recibidos de otros operadores o subcontratistas.

Declaro solemnemente que toda la información enviada a ACERT SA con mi solicitud es verdadera y exacta. He recibido y acepto plenamente el Reglamento de Certificación y las disposiciones establecidas en el Reglamento (UE) 2018/848. Cumpliré íntegramente con lo dispuesto en el Reglamento 2018/848 y me comprometo a notificar inmediatamente a ACERT cada vez que se modifique alguna de las medidas descritas en el presente formulario.

Fecha :

Nombre y apellido :

Firma :