|  |  |
| --- | --- |
| México, D.F. a    de       de 20   . | **No.**  |
|  | (Para uso exclusivo del OCETIF) |

|  |
| --- |
| 1. DATOS DE FACTURACIÓN
 |
| Nombre o razón social:       |
| Domicilio fiscal: | Calle:       | No.       |
| Col.       | Del. / Mpio.       | Ciudad       |
|  Estado       | CP       | RFC       |
| Teléfono:       | Correo electrónico:       |
| Nombre de representante       |
| Datos de Pago de Servicio1  |
| Forma de Pago: Transferencia [ ]  Depósito bancario [ ]  cheque [ ]  Otro [ ]   |
| Datos para seguimiento pago de servicio: Nombre:       | Correo electrónico:        |

1 Conforme al Artículo 29-A fracción VII Inciso C del Código Fiscal de la Federación

|  |
| --- |
| 1. Nombre del establecimiento a inspeccionar\*
 |
|       |

\* Detallar como quiera que aparezca el Distintivo H, solo el nombre principal, los centros de consumo incluirlos en el anexo “A”

|  |
| --- |
| Domicilio del establecimiento a Inspeccionar (Llenar la siguiente sección solo en caso de que la visita deba realizarse en un domicilio distinto al fiscal): |
| Domicilio: | Calle:       | No.       |
| Col.       | Del. / Mpio       | Ciudad       |
| Estado       | CP       | Teléfono:       |
| Correo electrónico:       |

|  |
| --- |
| 1. Criterios de Inspección
 |
| **Documento de referencia.** | **Nombre del documento de referencia.** |
| **NMX-F - 605-NORMEX-2018** | MANEJO HIGIÉNICO EN EL SERVICIO DE ALIMENTOS PREPARADOS PARA LA OBTENCIÓN DEL DISTINTIVO H |

|  |
| --- |
| Tipo de establecimiento |
| Restaurante [ ]  | Hotel [ ]  | Comedor Industrial [ ]  | Estancia Infantil [ ]  | Otro [ ]  |       |
| Tipo de Inspección |
| Inspección Obtención Primera Vez [ ]  | Renovación [ ]  | No. de Distintivo H      De ser varios favor de anotarlos en el anexo A |
| Fecha propuesta para realizar la inspección:       | Hora:       |

|  |
| --- |
| Características de su establecimiento Indicar cantidad total |
|     Cocinas  |     Refrigeradores |     Cámaras de refrigeración |
|     Bares |     Congeladores |     Cámaras de congelación |
| Tipo de desinfectante que utiliza |
| Cloro [ ]  | Yodo [ ]  | Sales Cuaternarias [ ]  | Ácidos orgánicos [ ]  | Otro (especifique)        |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del consultor que realizó la implementación del Sistema de Gestión para el de manejo higiénico de los alimentos en su establecimiento |       |
| Número de registro ante la SECTUR |       |

|  |
| --- |
| 1. Información adicional (Disposiciones establecidas por el cliente para la realización de la evaluación)
 |
| **Marque con una X** |
| [ ]  Equipo especial  | [ ]  Arreglos de subcontratación especiales |
| [ ]  Capacitación específica  | [ ]  Documentación necesaria para la realización del trabajo |
| [ ]  Cumplir con medidas de seguridad adicionales | **En caso de marcar uno o más opciones especifique:**      |

1. DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON CIERTOS Y:
2. Conocer los requisitos establecidos por la Norma Mexicana y la normatividad vigente para la evaluación de la conformidad de esta.
3. Que he proporcionado al OCETIF toda la información necesaria para realizar el servicio de inspección.
4. Que, en caso de haber tenido dudas relacionadas con el servicio, el OCETIF me ha las ha aclarado.
5. ME COMPROMETO A:
6. Cumplir con la Norma NMX-F-605-NORMEX- 2018 así como los criterios de inspección establecidos por SECTUR.
7. Respetar los procedimientos de inspección establecidos.
8. Otorgar las facilidades y la información solicitada por el OCETIF, con el propósito de que el organismo pueda realizar adecuadamente sus funciones y cumplir con sus responsabilidades establecidas en la normatividad vigente aplicable para la evaluación de la conformidad solicitada.
9. Manejar la información proporcionada o recibida de manera confidencial.
10. Respetar y cumplir los acuerdos establecidos con la Unidad de Inspección del OCETIF, y en el caso de tener alguna queja o controversia, seguir el procedimiento establecido por el OCETIF, para tal fin.
11. Pagar el servicio en el tiempo convenido con el OCETIF

|  |
| --- |
| 1. DATOS DE LA PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD

  |
| NOMBRE:        |
|  |
|  |
| CARGO:       |  |
|  | **Firma de aceptación** |

1. LA UNIDAD DE INSPECCIÓN DEL OCETIF. A. C. SE COMPROMETE A:
2. No divulgar la información proporcionada por el solicitante, sin previo consentimiento de este.
3. Cuando la información sea solicitada por autoridades fiscales, judiciales o administrativas, el cliente será notificado por cualquier medio, antes de proporcionarla, salvo que esté prohibido por ley.
4. Prestar sus servicios de inspección, de manera imparcial, sin condicionantes y de forma profesional.
5. La Unidad de Inspección del OCETIF declara que su personal se encuentra libre de toda presión comercial, financiera o de cualquier otro tipo que pueda afectar su juicio e integridad con relación a sus actividades de inspección.
6. El inspector solo realizará actividades de inspección, evitando en todo momento dar consejos o comentarios que puedan ser considerados como consultoría alguna.
7. Mantener vigentes la acreditación y aprobación necesarias para la realización del servicio.

 

 **MVZ. Mónica Berenice Ghenno Marchand**

 **Representante Legal**

**Notas.**

**\* La información recopilada durante el proceso de inspección puede ser sujeta a revisión durante los procesos que permitan al organismo cumplir con sus funciones; conservándose en todo momento la confidencialidad de la misma.**

 La solicitud debe llenarse con letra legible, una vez requisitado hacerse llegar al OCETIF por cualquier medio (de forma personal, correo electrónico o por fax a los tel. (55) 5659-2688 / (55) 5659-3887; Ext.106 y 132). En caso de existir alguna duda en esta solicitud, comuníquese a los teléfonos del OCETIF, A.C. al área de Distintivo H (55) 5659-2688 / (55) 5659-3887; Ext. 107. [www.ocetif.org](http://www.ocetif.org); emoreno@ocetif.org

Cuando la Solicitud es enviada vía correo electrónico, se podrá omitir la firma de aceptación, considerándose él envió de la presente como aceptación de las condiciones aquí descritas.

El pago por el servicio debe realizarse a la **cuenta: 0006652123, Plaza 9244, Banco Banorte, Sucursal 0006** a nombre **del Organismo de Certificación de Establecimientos TIF, A.C. CLABE 072 180 00006652123 5**

Una vez realizado el pago favor de enviar el comprobante al correo cobranzadh@ocetif.org

Para el OCETIF su opinión es importante. En el caso de cualquier, queja, sugerencia, apelación o disputa, consulte el procedimiento aplicable en [www.ocetif.org](http://www.ocetif.org)

Anexo A

Esta Sección solo debe ser llenada en caso de existir más de un centro de consumo, en el establecimiento, de no ser así favor de omitir

|  |  |
| --- | --- |
| Centro de Consumo | No. Distintivo |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |