A continuación le solicitamos de la manera más atenta llenar la información solicitada con el fin de brindarle un servicio particular en función a las características de sus instalaciones.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No de solicitud**  **(Designado por F. S).** |  | **Fecha de solicitud** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos para la verificación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | Fecha tentativa del servicio: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | Hora tentativa del servicio: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| Nombre Comercial | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Tipo de establecimiento | | | | | HotelRestauranteComedorCafeteríaAutoservicio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Otro (especificar) | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| Tipo de verificación | | | | | Verificación inicial  Verificación renovación No. de Distintivo HN  Verificación de no conformidades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  |
| Calle: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | No. : | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| Colonia: | | |  | | | | | | | | | Municipio o Delegación: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| C.P. |  | | | | | Estado: | |  | | | | | | | | | | | | Tel: | | |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Persona responsable en el establecimiento | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Puesto | | |  | | | | | | |  |
| Correo electrónico del establecimiento | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Nombre del consultor | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | No. de registro | | | |  | | | | |  |
| **Es indispensable nos proporcione nombre y registro del Instructor que impartió el curso de capacitación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Instalaciones y personal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Área | | | | | | | Número de Instalaciones | | | | | | Área | | | | | | Número de Instalaciones | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Cocina | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | Sanitario para empleados | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Almacén de secos | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | Refrigeradores | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Área de servicio | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | Cámaras de refrigeración | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Bar | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | Congeladores | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Servicio de buffet | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | Cámara de congelación | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Almacén de sustancias químicas | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de personal que labora en el área: | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recepción de alimentos (Hora y día): | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Es importante que el día de la verificación haya recepción de alimentos, preferentemente alimentos potencialmente peligrosos.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desinfectante usado para superficies y vegetales | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre como desea que aparezca el distintivo H** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Datos de facturación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y/o razón social:  Calle y número :  Colonia:  Municipio o Delegación:  C.P:  Estado:  R.F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | Uso del CFDI:  Forma de Pago:  Método de pago:  Condiciones de pago :  No. de cuenta:     Nombre del banco | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Para el caso de visitas foráneas, los viáticos se agregarán en la factura del servicio.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de viáticos y pago** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Fecha de pago | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se paga con cheque o por medio de transferencia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| “Clabe” Interbancaria Santander: **014180655004575355** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | “Clabe” Interbancaria Banamex: **002180415400158117** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CLAUSULAS**

1. El prestador de servicios está consciente que este documento funge como contrato para el/los servicio(s) solicitados(s).
2. En caso de que por política del establecimiento a visitar, se necesite equipo de seguridad específico o presentar documentación legal del verificador (número de seguridad social, Credencial de elector, etc.) se deberá notificar con un día hábil antes de la verificación para poder cumplir con estos requisitos.
3. No podrán presentarse durante la verificación personal interno, consultores o cualquier otro personal externo, que presenten enfermedades respiratorias, gastrointestinales o heridas cutáneas en zonas expuestas de la piel que pueda ocasionar contaminación o contagio, ya que puede afectar el resultado de la verificación por ser un punto crítico.
4. Es Indispensable que el establecimiento facilite la información necesaria en cualquier momento de la evaluación para poder conocer de manera objetiva el grado de cumplimiento con la norma NMX-F-605-NORMEX-2015. asimismo el establecimiento debe permitirnos el acceso a una oficina o instalaciones donde se pueda llevar a cabo la revisión documental y el llenado de reportes.
5. Se le solicita que el día de la verificación cuente con copia simple de los siguientes documentos, debido a que formaran parte del expediente de la verificación. En su defecto el verificador revisará los documentos en sitio y si es necesario tomará fotografías de los mismos.

Documentos que evidencien el registro de los últimos 30 días.

* Registro de recepción de alimentos.
* Registro de temperatura de alimentos refrigerados y congelados.
* Control de temperatura ambiente en unidades de refrigeración y congelación.
* Registros de mantenimiento de equipo de potabilización y/o purificación de agua y/o máquina de hielo.
* Registros de mantenimiento, limpieza y desinfección a los depósitos donde se almacene el agua.
* Evidencia de mantenimiento en caso de utilizar secadores de aire para manos.
* Licencia sanitaria del proveedor de control de plagas.
* Programa de limpieza.
* Fichas técnicas y hojas de seguridad de productos químicos de limpieza y desinfección.
* Evidencia de capacitación en Manejo Higiénico de alimentos impartido por un consultor con registro vigente ante SECTUR. (dicha evidencia solo podrá ser válida con el sello de recibido por la SECTUR o en su caso por los Gobiernos Estatales de Turismo).
* Evidencias de potabilidad de agua. (cloro residual libre o análisis microbiológicos)
* Programa de control de plagas y contrato de servicios.
* Programa de mantenimiento de trampas de grasa.
* Evidencia de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos involucrados en el proceso de los alimentos.

Documentos que evidencien el registro de los últimos 90 días.

* Informe de servicios de control de plagas.
* Fichas técnicas, hojas de seguridad y registro de COFEPRIS de productos químicos aplicados en plagas.

1. Una vez terminada la verificación, Factual Services, S.C. envía el informe de verificación con los resultados de la misma en un tiempo máximo de 10 días naturales a la Secretaría de Turismo para la emisión del Distintivo. El tiempo de la emisión del Distintivo H es responsabilidad única de la Secretaría de Turismo.
2. Para la verificación de No Conformidades el cliente cuenta con un tiempo máximo de 3 meses para esta verificación, de lo contrario, tendrá que solicitar una verificación completa del establecimiento.
3. El verificador asignado se compromete a no divulgar cualquier tipo de información derivada de la verificación realizada en el establecimiento y se apega de manera estricta a los lineamientos establecidos en el Convenio de Confidencialidad interno.
4. Factual Services, S.C. se obliga a guardar en absoluta confidencialidad y no revelar la información del El Cliente proporcionada u obtenida durante el proceso de verificación. A menos que sea solicitada por alguna autoridad competente, o en su caso por ley se requiera revelar la información a una tercera parte. Se da por enterado El Cliente que la información puede estar disponible para su revisión, y acepta con la firma de la presente solicitud que no es necesaria la notificación acerca de que se puede revelar la información de la verificación a la Entidad Mexicana de Acreditación, A.C. con fines de auditoría.
5. En caso de que la Entidad Mexicana de Acreditación, A.C. decida realizar una evaluación testificada a la Unidad Verificadora en las instalaciones del Cliente, éste debe prestar todas las facilidades necesarias para que se lleven a cabo la misma. Es importante mencionar que se cuenta con acuerdos de confidencialidad entre la Unidad de Verificación y la Entidad Mexicana de Acreditación, A.C
6. En caso de requerir la presentación de comprobante de viáticos, favor de tomar en cuenta que en el momento de la verificación se cuenta únicamente con los comprobantes del viaje de ida. Los comprobantes de regreso se pueden enviar vía correo electrónico o por fax. En caso de requerir los comprobantes originales se deberá pagar gastos de mensajería.

Agradecemos de antemano esta información y no dude en contactarnos para cualquier tipo de aclaración al respecto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jefe Verificación Distintivo H  ***Factual Services, S.C.*** |  | Cliente  Representante del establecimiento |