Municipio, Estado, Día, Mes, Año

**Nombre de la persona física o moral:**

Objetivo:

Alcance:

Criterios de auditoría:

Tipo de auditoría: Inicial ( ) Certificación y/o Reconocimiento ( ) Mantenimiento ( )

Número de unidades de producción a evaluar:

Modalidad\*: UP ( ) EC ( ) BUMP ( ) Co ( ) AI ( )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITINERARIO DE ACTIVIDADES** | | | | |
| **Fecha**  (dd/mm/aaaa) | **Hora**  (00:00 a 00:00) | **Actividad**  (describir brevemente la actividad a realizar) | **Instalación/Área**  (nombre del área/ instalación de la unidad a evaluar) | **Nombre de la unidad evaluada** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*UP: Unidad de Producción, EC: Empaque de los Vegetales en Campo, BUMP: Buen Uso y Manejo de Plaguicidas en unidad de producción, Co: Cosecha, Área: aplica para SRRC o BUMP.*

**Comentarios, observaciones y/o aclaraciones:**

*En el presente recuadro se deberá manifestar información que se considere relevante y que se tenga que hacer del conocimiento al SENASICA, si no hay información deberá cancelarlo con una diagonal.*

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre Completo, Clave y Vigencia del Auditor** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre completo y firma de la persona física o Representante legal de la persona moral** |