

Cuestionario de Evaluación de Proveedores

DETALLES DE LA COMPAÑIA	
Nombre del proveedor:	
Dirección:	
Numero Telefónico :	Fax:
Giro del negocio:	
Productos/ Servicios Suministrados:	
Numero de empleados:	Capacidad Anual Aproximada :
Ha tenido negocios previos con Heinz () Si () No Si seleccionó Si que negocios?:	

Nombre y teléfonos de los principales contactos :

Gerente de Aseguramiento de Calidad:	Gerente de Ventas:
Gerencia de Servicios Técnicos:	Gerente de Logística:

INSTALACIONES:		
Dirección de las Instalaciones (si es diferente de la dirección comercial):		Numero de licencia de Instalaciones (Aplica en caso de estar certificado TIF USDA u otro):
Código Postal:	Edad de las instalaciones (años):	Área ocupada de las Instalaciones:

Por favor conteste todas la preguntas en relación al sitio de manufactura:

La localización de la planta es...	Industrial () Rural () Urbano () Otro (especifique):		
El servicio de Seguridad es..	Seguridad Propia () Seguridad contratada () Ninguna ()		
Las instalaciones están completamente cercadas?	Si () No ()		
Las condiciones de los alrededores están...	Con concreto () Pavimentadas () Otro (por favor especifique)		
Paredes internas	Son lavables?	Si ()	No ()
	Revestidos?	Si ()	No ()
	Pintados ?	Si ()	No ()
Pisos Internos	Son Lavables ?	Si ()	No ()
	Bien Drenados ?	Si ()	No ()
	De que Material están recubiertos? (por favor describa)		
Techos	Techos con pendientes?	Si ()	No ()
	Techo planos?	Si ()	No ()
	Tienen cielos falsos?	Si ()	No ()
	De que tipo de Material (por favor describa)		
Làmparas	Todas tienen protectores?	Si ()	No ()
	Los focos son inastillables?	Si ()	No ()
Vidrio	Registro de vidrio en el lugar?	Si ()	No ()
	Existe un procedimiento en caso de ruptura de vidrio?	Si ()	No ()
	La compañía tiene una política de vidrio por escrito? (por favor anexe la política)		

CONTROL DE MATERIAS PRIMAS Y COMPRAS:

Usted tiene....		
a) Procedimiento de Operación Estándar (POE) para la selección de proveedores?	Si ()	No ()
c) POE para el control de Materias primas como material de empaque en almacén?	Si ()	No ()
d) Especificaciones para todas las materias primas?	Si ()	No ()
e) Inspecciones y análisis de todas las materias primas suministradas a su compañía?	Si ()	No ()
e) Registros de los certificados de calidad , así como de las cartas de garantía?	Si ()	No ()
e) Registros de trazabilidad de Materias primas y empaques?	Si ()	No ()
f) Implementadas y Documentadas evaluaciones y Auditorias a Proveedores de Materias Primas y Empaques ?	Si ()	No ()
g) Un control de entradas de materiales documentado?	Si ()	No ()

EQUIPOS:

Usted tiene...		
a) Plástico, vidrio o Madera como parte de sus equipos?	Si ()	No ()
b) Procedimientos documentados del control de materia extraña?	Si ()	No ()
c) Dispositivos en equipos para detectar material extraño?	Si ()	No ()
d) Acciones correctivas documentadas en materiales extraños detectados?	Si ()	No ()
c) Equipos Fáciles de limpiar para asegurar la inocuidad del producto?	Si ()	No ()
d) Un plan de mantenimiento preventivo para los equipos?	Si ()	No ()
e) Un programa calendarizado de calibración de los equipos involucrados en el control de puntos críticos?	Si ()	No ()
f) Sistemas de detección de metales en líneas de producción?	Si ()	No ()

CONTROL DE PROCESOS:**1.- MANUFACTURA**

Usted tiene:....		
a) Checklist de Arranque de Producción?	Si ()	No ()
c) Procedimiento Operativos Estandar y sus formulaciones documentados en el área de trabajo?	Si ()	No ()
d) Un plan de monitoreo de Calidad?	Si ()	No ()
e) Control Estadístico de Proceso (CEP) en líneas de producción ?	Si ()	No ()
f) Acciones correctivas documentadas de CEP?	Si ()	No ()
f) Procedimiento para el manejo de reprocesos?	Si ()	No ()
g)Procedimiento documentado para la liberación de c/ lote manufacturado?	Si ()	No ()

2. LLENADO Y EMPACADO

Usted tiene....		
a) Especificaciones para el llenado y empackado de cada producto?	Si ()	No ()
b) Registros de llenado y empackado en línea de cada producto?	Si ()	No ()
c) Registros del control del contenido neto final del producto?	Si ()	No ()
Si marcó Si cual método utiliza:	Frecuencia:	
d) Procedimientos de codificación de producto?	Si ()	No ()
f) Procedimiento para la impresión de la fecha de fabricación y de la fecha de caducidad en el recipiente o en el empaque de producto final?	Si ()	No ()

CONTROL DE PROCESOS: (Continuación...)		
3. PRODUCTO FINAL		
Usted tiene....		
a) Un procedimiento documentado de Primeras Entradas Primeras Salidas(PEPS)?	Si ()	No ()
b) Un criterio documentado de liberación de producto?	Si ()	No ()
c) Procedimientos de limpieza de transportes?	Si ()	No ()
d) Registro de las condiciones de limpieza de transporte? (aplica también en tercerías)	Si ()	No ()
e) Un área de producto no conforme en el almacén?	Si ()	No ()
f) Que tipo de transportes sirven como servicio de logística? Transportes propios () Terceros () Compañía: (En caso de terceros):		
4. PRODUCTO NO CONFORME :		
Usted tiene....		
a) Procedimientos documentados para el manejo de producto no conforme?	Si ()	No ()
b) Procedimiento Operativo Estándar para el manejo de producto rechazado?	Si ()	No ()
c) Áreas de aislamiento o cuarentena para productos no conformes?	Si ()	No ()
Cual es el seguimiento que se le da a un producto no conforme? (Explique por favor):		
5. LABORATORIOS		
a) Cuantas personas trabajan en el laboratorio?	Grado Máximo de Estudios:	Promedio de Experiencia:
b) El laboratorio esta aislado del área de producción?	Si ()	No ()
c) Que tipo de análisis realizan?		
Microbiológicos () Fisicoquímicos () Sensorial () Otros (por favor describa)		
d) Cuantos equipos de laboratorio existen?		
e) Existe un programa para la calibración de equipos de laboratorio?	Si ()	No ()
El laboratorio esta acreditado por una entidad gubernamental? () EMA () SENASICA Otros:		

SANIDAD		
Usted tiene....		
a) Implementado y Documentado un programa de Control de Plagas ?	Si ()	No ()
b) Un proveedor acreditado por una institución de gobierno en control de plagas? Si seleccionó Si por favor anexe una copia del ultimo certificado	Si ()	No ()
c) Documentado los reportes y las acciones correctivas de las incidencia de plagas?	Si ()	No ()
d) Documentado e Implementado un Plan Maestro de Sanitización?	Si ()	No ()
e) Un Programa documentado de capacitación en sanitización?	Si ()	No ()
f) Un checklist pre operativo de limpieza y sanitización?	Si ()	No ()
g) Un Procedimiento Operativo estándar para la preparación de la concentración de químicos utilizados en procedimientos de limpieza y sanitización?	Si ()	No ()
h) Inspecciones post-limpieza documentadas?	Si ()	No ()
h) Inspecciones con luminómetro post-limpieza?	Si ()	No ()
i) Documentados procedimientos de limpieza y sus acciones correctivas?	Si ()	No ()

BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM)		
Usted tiene...		
a) Un programa documentado de Buenas prácticas de Manufactura (BPM)?	Si ()	No ()
b) Una política de uniformes en todas las instalaciones?	Si ()	No ()
d) Una política de no joyería en las áreas productivas?	Si ()	No ()
e) Inspecciones pre operativas de BPM?	Si ()	No ()
f) Estaciones de Lavado en áreas operativas?	Si ()	No ()
g) Capacitación continua en BPM de todos los empleados?	Si ()	No ()
i) Política de no fumar en las instalaciones?	Si ()	No ()
j) Exámenes periódicos médicos para todos los empleados?	Si ()	No ()
Si seleccionó Si, proporcione mencione la frecuencia		
k) Información por escrito a visitantes, proveedores y a terceros de las Buenas Practicas de Manufactura?	Si ()	No ()
l) Mensualmente Auto Inspecciones of Buenas Practicas de Manufactura, Instalaciones y Sanidad?	Si ()	No ()
m) Acciones correctivas documentadas de las auto inspecciones de BPM, Instalaciones y Sanidad?	Si ()	No ()
n) Sus instalaciones son auditados y certificados en BPM, Instalaciones y sanidad realizadas por terceros? (por ejemplo AIB otros)	Si ()	No ()
o) Si seleccionó Si por favor anexe una copia de dicha certificación		

GESTION DE LA CALIDAD:		
a) Tiene la compañía un sistema de calidad aprobado por una organización certificadora? (por ejemplo EFSIS, ISO 9002, TLC, LAWLABS, etc.)	Si ()	No ()
b) Si seleccionó SI, por favor proporcione una copia del ultimo certificado		
c) Si seleccionó NO por favor mencione bajo que sistema de calidad se esta trabajando:		
d) Se tiene un programa documentado de mejora continua?	Si ()	No ()
e) Se cuenta con un Manual de Calidad ?	Si ()	No ()
f) Si seleccionó SI por favor anexe un copia.....		
g) Es entendida por todo el personal la política de calidad?	Si ()	No ()
h) Es comprendida por todos los empleados la misión y la visión de la empresa?	Si ()	No ()
i) Se llevan a cabo auditorias internas de calidad?	Si ()	No ()
j) Se tiene un sistema de acciones correctivas?	Si ()	No ()
k) El sistema de calidad es revisado por la dirección de la compañía?	Si ()	No ()
l) Los documentos controlados se mantienen con acceso restringido?	Si ()	No ()
m) Existe un documento por escrito que vincula al proveedores con los requerimientos de Heinz?	Si ()	No ()
n) Los registros de calidad son mantenidos de acuerdo a los materiales proveídos a Heinz?	Si ()	No ()
o) Se cuenta con un programa documentado de Retiro y Recuperación de Producto (Recall)?	Si ()	No ()
p) Se realizan ejercicios internos de Retiro y Recuperación de Producto?	Si ()	No ()
Si seleccionó SI con que frecuencia se realiza el ejercicio?		

DISTRIBUCIÓN Y LOGÍSTICA DE PRODUCTO TERMINADO**ALMACENAJE**

a) Se tiene instalaciones de almacenaje adecuadas para asegurar que el producto no se deteriore?	Si ()	No ()
b) Se tienen instalaciones para mantener stock por largos periodos?	Si ()	No ()
c) Las instalaciones tienen temperatura controlada?	Si ()	No ()
d) Las temperaturas están controladas?	Si ()	No ()
e) Si seleccionó SI mencione con que frecuencia?		
f) Se tiene sellada las rampas de recepción y envíos en sus instalaciones para vehículos?	Si ()	No ()
g) Se mantiene por escrito un sistema de Primeras Entradas y Primeras Salidas (PEPS)?	Si ()	No ()
h) Se tiene expedido la relación del numero de lotes en cada entrega?	Si ()	No ()

VEHICULOS

a) Se tiene trasportes propios o se utiliza a un tercero para sus entregas?	Propios ()	Terceros ()
b) Si se utiliza un transporte de tercería, este es de grado alimenticio?	Si ()	No ()
c) Todos los vehiculos tienen temperatura controlada?	Si ()	No ()
d) Todos los vehículos tiene registradores de temperatura?	Si ()	No ()
e) Si seleccionó SI, mencione que frecuencia		
f) Si seleccionó NO, son las temperatures registradas manualmente?	Si ()	No ()
g) Se mantienen registros de mantenimiento de los vehículos?	Si ()	No ()
h) Los vehículos son contactables por teléfono?	Si ()	No ()
i) Los producto finales son inspeccionados previamente antes de enviar?	Si ()	No ()
j) Están los pallets envueltos para su entrega?	Si ()	No ()

SEGURIDAD DE ALIMENTOS Y PROGRAMA DE ALERGENOS**1 PROGRAMA DE ALERGENOS**

Usted tiene...		
a) Un programa documentado del control de ingredientes alergénicos?	Si ()	No ()
b) Un área especifica en el almacén para ingredientes alergenicos?	Si ()	No ()
c) Una Secuencia para el uso de ingredientes alergenicos en líneas de producción?	Si ()	No ()
d) Una clasificación documentada de ingredientes alergénicos?	Si ()	No ()
e) Un procedimiento documentado para prevenir contaminación cruzada.?	Si ()	No ()
f) Registros de acciones correctivas de contaminación cruzada?	Si ()	No ()

2 PROGRAMA HACCP

Usted tiene...		
Un programa documentado de los planes HACCP?	Si ()	No ()
Por favor anexe los diagramas de flujo HACCP de los productos que surten a Heinz...		
Definidos los puntos críticos de control?	Si ()	No ()
Definidos los límites de control?	Si ()	No ()
Auditorias de los planes HACCP?	Si ()	No ()
Si seleccionó Si con que frecuencia? Mensual () Semestral () Anual ()		
Acciones correctivas documentadas?	Si ()	No ()
Capacitación continua documentada en HACCP?	Si ()	No ()

3 BIOSEGURIDAD

Usted tiene...		
Un programa documentado de Bioterrorismo o Bioseguridad?	Si ()	No ()
Un programa documentado de acceso restringido depósitos de agua e ingredientes?...	Si ()	No ()
Archivos con información criminal previa de todos los empleados?	Si ()	No ()
Sistema de video para prevenir actos de bioterrorismo?	Si ()	No ()
El acceso es restringido para los visitantes hacia las instalaciones?	Si ()	No ()
Auditorias de bioterrorismo?	Si ()	No ()
Si seleccionó Si cual es la frecuencia? Mensual () Semestral () Anual ()		

DECLARACION

Si cualquier detalle o cambio significativo dentro del contenido de esta evaluación, entonces estas es responsabilidad del proveedor comunicar estos cambios por escrito a Heinz de México

Cuestionario llenado por:
(Por favor coloque su nombre y firma)

Posición en la compañía:

**Por favor devuelva esta evaluación tan pronto como sea posible
el Documento original vía correo con los anexos solicitados
o entregado de manera personal
Si requiere de una copia por favor contactenos vía fax o e-mail a:**

USO OFICIAL

Revisado por :

Fecha de Envío:

Fecha de Devolución:

Comentarios: