|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\katherine.chavez\Downloads\Logo Arcsa.png | | | | **AGENCIA NACIONAL DE REGULACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA-ARCSA, DOCTOR LEOPOLDO IZQUIETA PÉREZ** | | | | | | | CÓDIGO: | | FE-3.4.2-LC-01-01 |
| **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE BPM PARA LABORATORIOS COSMÉTICOS** | | | | | | | F.REVIS.: | | 24/04/2024 |
| VERSIÓN: | | 4.0 |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **MOTIVO:** | | OBTENCIÓN POR PRIMERA VEZ | | |  | **INSPECCIÓN:** | | INSPECCIÓN INICIAL | |  | | | |
| RENOVACIÓN | | |  | RE-INSPECCIÓN 1 | |  | | | |
| AMPLIACIÓN | | |  | RE-INSPECCIÓN 2 | |  | | | |
| INCLUSIÓN | | |  |
| **FECHA DE SOLICITUD** | | | | |  | | | | | | | | |
| Director/a de Buenas Prácticas y Permisos  Presente.-  De mi consideración:  Por medio de la presente, solicito a usted muy comedidamente se sirva disponer a quien corresponda la designación de la comisión técnica inspectora para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura.  Anticipo mis agradecimientos por la favorable acogida a mi solicitud. | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA A INSPECCIONAR** | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE O RAZÓN**  **SOCIAL:** | | |  | | | | **N° PERMISO DE FUNCIONAMIENTO:** | |  | | | | |
| **# RUC:** | | |  | | | | **FECHA DE EMISIÓN**  **(PERMISO DE FUNC.):** | |  | | | | |
| **#ESTABLECIMIENTO:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE DOMICILIO:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **PROVINCIA:** | | |  | | | | **CANTÓN/CIUDAD:** | | **PARROQUIA:** | | | | |
| **TELÉFONO:** | | |  | | | | **CORREO ELECTRÓNICO:** | |  | | | | |
| **REPRESENTANTE**  **LEGAL:** | | |  | | | | **DIRECTOR TÉCNICO:** | |  | | | | |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(MIPRO):** | | | **INDUSTRIA** | | | |  | | **PEQUEÑA INDUSTRIA** | | |  | |
| **MEDIANA INDUSTRIA** | | | |  | | **MICROEMPRESA** | | |  | |
| **REQUISISTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Guía de verificación de Buenas Prácticas de Manufactura, declarando de manera expresa su veracidad con la firma del responsable técnico del laboratorio. | | | | | | | | SI | | | NO | |
| 2. | Planos (Simples) de las instalaciones formato A4 | | | | | | | | SI | | | NO | |
| 3. | Lista de productos cosméticos que elabora la empresa, incluyendo los productos fabricados a terceros, debiendo constar nombre, forma cosmética, presentación y número de notificación sanitaria obligatoria. | | | | | | | | SI | | | NO | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREAS Y FORMAS COSMÉTICAS A CERTIFICAR** | | | | | |
| ÁREA DE PRODUCCIÓN | | SÓLIDOS | SÓLIDO COMPACTO | | |
| POLVO | | |
| PERLA | | |
| BARRA | | |
| CERA | | |
| LÁPIZ | | |
| GRANULADO | | |
| SEMISÓLIDOS | EMULSIÓN | | |
| CERA | | |
| PASTA | | |
| POMADA | | |
| CREMA GEL | | |
| GEL | | |
| LÍQUIDOS | ACEITE | | |
| EMULSIÓN | | |
| LOCIÓN | | |
| SOLUCIÓN | | |
| SUSPENSIÓN | | |
| ESPECIALES | AEROSOL | | |
| ESMALTE | | |
| SOPORTE IMPREGNADO | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | |
| **NOTA**: LAS ÁREAS DE FABRICACIÓN DECLARADAS POR EL ESTABLECIMIENTO SERÁN VERIFICADAS DURANTE LA INSPECCIÓN. | | | | | |
| **DATOS REPRESENTANTE LEGAL**  **FIRMA** | | | | **DATOS DIRECTOR TÉCNICO**  **FIRMA** | |
| NOMBRE |  | | | NOMBRE |  |
| NRO. CÉDULA  DE IDENTIDAD: |  | | | NRO. CÉDULA DE IDENTIDAD: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\katherine.chavez\Downloads\Logo Arcsa.png | | | | **AGENCIA NACIONAL DE REGULACIÓN, CONTROL Y**  **VIGILANCIA SANITARIA-ARCSA, DOCTOR LEOPOLDO IZQUIETA PÉREZ** | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: | FE-B.3.2.3-LC-01-05 | |
| **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE BPM PARA LABORATORIOS DE PRODUCTOS HIGIÉNICOS** | | | | | | | | | | | | F.REVIS.: | 25/04/2024 | |
| VERSIÓN: | 2.0 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MOTIVO:** | | OBTENCIÓN POR PRIMERA VEZ | | | | |  | **INSPECCIÓN:** | | | | | INSPECCIÓN INICIAL | | | | |  |
| RENOVACIÓN | | | | |  | RE-INSPECCIÓN 1 | | | | |  |
| AMPLIACIÓN | | | | |  | RE-INSPECCIÓN 2 | | | | |  |
| INCLUSIÓN | | | | |  |
| **FECHA DE SOLICITUD** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Director de Buenas Prácticas y Permisos  Presente.-  De mi consideración:  Por medio de la presente, solicito a usted muy comedidamente se sirva disponer a quien corresponda la designación de la comisión técnica inspectora para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura.  Anticipo mis agradecimientos por la favorable acogida a mi solicitud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA A INSPECCIONAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE O RAZÓN**  **SOCIAL:** | | |  | | | | | | **#ESTABLECIMIENTO:** | | | | |  | | | | |
| **N° PERMISO DE**  **FUNCIONAMIENTO:** | | |  | | | | | | **FECHA DE EMISIÓN**  **(PERMISO DE FUNC.):** | | | | |  | | | | |
| **#RUC:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE DOMICILIO:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROVINCIA:** | | | | | | **CANTÓN/CIUDAD:** | | | | | | **PARROQUIA:** | | | | | | |
| **TELÉFONO:** | | |  | | | | | | **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | |  | | | | |
| **REPRESENTANTE**  **LEGAL:** | | |  | | | | | | **DIRECTOR TÉCNICO:** | | | | |  | | | | |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(MIPRO):** | | | **INDUSTRIA** | | | | | |  | | **PEQUEÑA INDUSTRIA** | | | | | |  | |
| **MEDIANA INDUSTRIA** | | | | | |  | | **MICROEMPRESA** | | | | | |  | |
| **REQUISISTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Guía de verificación de Buenas Prácticas de Manufactura, declarando de manera expresa su veracidad con la firma del responsable técnico del  laboratorio. | | | | | | | | | SI | | | | | NO | | | |
| 2. | Planos (Simples) de las instalaciones formato A4 | | | | | | | | | SI | | | | | NO | | | |
| 3. | Lista de productos de higiene que elabora la empresa, incluyendo los productos fabricados a terceros, debiendo constar nombre, presentación y número de notificación sanitaria obligatoria. | | | | | | | | | SI | | | | | NO | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPOS DE PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA Y PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL** | | | | |
| Jabones y detergentes. | | | |  |
| Limpiadores de superficies. | | | |  |
| Productos lavavajillas y pulidores de cocina | | | |  |
| Suavizantes y productos para prelavado y preplanchado de ropa. | | | |  |
| Ambientadores. | | | |  |
| Blanqueadores y quitamanchas. | | | |  |
| Productos absorbentes de higiene personal (toallas higiénicas, pañales desechables, tampones, protectores de flujos íntimos) siempre y cuando no declaren propiedades cosméticas ni indicaciones terapéuticas | | | |  |
| Productos de higiene doméstica con propiedad desinfectante. | | | |  |
| **OBSERVACIONES:** | | | | |
| **NOTA**: LAS ÁREAS DE FABRICACIÓN DECLARADAS POR EL ESTABLECIMIENTO SERÁN VERIFICADAS DURANTE LA  INSPECCIÓN. | | | | |
| **DATOS REPRESENTANTE LEGAL**  **FIRMA** | | **DATOS DIRECTOR TÉCNICO**  **FIRMA** | | |
| NOMBRE |  | NOMBRE |  | |
| NRO. CÉDULA  DE IDENTIDAD: |  | NRO. CÉDULA DE  IDENTIDAD: |  | |