|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. CÉDULADE 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 dellaboratorio. | 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 LAINSPECCIÓN. |
| **DATOS REPRESENTANTE LEGAL****FIRMA** | **DATOS DIRECTOR TÉCNICO****FIRMA** |
| NOMBRE |  | NOMBRE |  |
| NRO. CÉDULADE IDENTIDAD: |  | NRO. CÉDULA DEIDENTIDAD: |  |