**Kiwa BCS Ecuador Cía. Ltda.**

**Solicitud de Certificación según Instructivo para las Auditorias de Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura y Almacenamiento de Productos Veterinarios.**

|  |
| --- |
| **Por favor, llenar completamente  - esta solicitud sirve de base para el cálculo de su oferta éste paso es obligatorio, pero NO ES UN CONTRATO** |

1. **Información del Cliente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Cliente**  **(Titular del contrato)** | | **Dirección del lugar de la auditoría**  **(si es diferente a la del cliente)** | |
| Razón Social: |  | Razón Social: |  |
| Domicilio Tributario: |  | Dirección: |  |
| Ciudad: |  | Ciudad: |  |
| Provincia: |  | Provincia |  |
| RUC: |  | | |
| **Datos de contacto del Representante Legal** | | **Datos de contacto del Responsable Técnico**  **(si es diferente al Representante Legal)** | |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Celular: |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |
| Todo establecimiento fabricante, formulador, maquilador, importador, exportador y comercializador de productos de uso veterinario deberá contar con un representante legal y responsable(s) técnico(s) que cumpla los requisitos contenidos en “Instructivo para las auditorías de certificación de buenas prácticas de productos veterinarios”, RT 066 -RP, Tabla 1 | | | |

###### Actividad Principal:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fabricación |  | Formulación |  | Maquila |  | Importación |  |
| Exportación |  | Distribución o Comercialización |  |

1. **Tipo de Empresa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Empresa Artesanal\* |  | Microempresa |  | Empresa Pequeña |  | Empresa Mediana |  | Empresa Grande |  |
| Empresa Artesanal, 1- 5 Trabajadores  Microempresa, 6 - 10 Trabajadores  Empresas Pequeñas, 11 – 50 Trabajadores  Empresas Medianas, 51 – 200 Trabajadores  Empresas Grandes + de 200 Trabajadores  *\*Para una “Empresa Artesanal” su alcance de certificación solo podrá ser “BPM” y como único producto deberá optar por “Snacks Artesanales”.* | | | | | | | | | |

###### Alcance de la Certificación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BPM |  | BPA |  |

###### Producto / Grupo de Productos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Farmacológicos |  | Biológicos |  | Kits y material de Diagnóstico |  | Alimentos y suplementos alimenticios |  |
| Alimentos y suplementos medicados |  | Aditivos alimentarios |  | Sales Minerales, Premezclas y Núcleos |  | Cosméticos |  |
| Snacks o Golosinas |  | Snacks Artesanales\* |  | Desinfectantes, antisépticos, sanitizantes y plaguicidas de uso veterinario. |  | Fórmulas maestras |  |

1. **Historial de Certificación:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Es esta la primera auditoría BPM y/o BPA? | Si  No | Si estaba certificada antes, ¿desde qué fecha?: | mes / año | | Anteriormente, certificado por |  |
| Resultado de la certificación, incluyendo – si es posible – copias de toda notificación de no conformidad o negación de la certificación: | | | |  | | |
| Por favor presentar descripción y evidencia (copias de cartas de la agencia certificadora, etc.) de todas las medidas correctivas implementadas. | | | | | | |

1. **Información Necesaria:**

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **Información documentada** |
| **1** | En caso de BPM  Registro de los productos o constancia de inicio de trámites de registro de los productos en AGROCALIDAD\*\*  \*\*No aplica cuando se trate de una primera certificación |

|  |
| --- |
| Con la firma del presente documento, yo el abajo firmante:   * Declaro estar legalmente autorizado para solicitar la certificación referida en el presente documento, de los productos de acuerdo con el alcance de la certificación mencionada en esta solicitud. Confirmo, que toda la información mencionada representa absolutamente y de manera exacta la verdad. Comprendo y acepto que la información proporcionada será manejada por **Kiwa BCS** de manera confidencial. * Me comprometo a cumplir con las disposiciones establecidas en los documentos normativos correspondientes referentes a buenas prácticas de manufactura y/o almacenamiento de productos de uso veterinario y permitir el libre acceso a AGROCALIDAD y **Kiwa BCS** a todas las instalaciones y brindar la información que se requiera. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lugar / Fecha |  | Firma del Representante Legal |

|  |
| --- |
| Esta parte es de uso exclusivo de Kiwa BCS Ecuador Cía. Ltda. |

###### Resultado de la revisión de Kiwa BCS de la solicitud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | Aprobada |
|  | | | Negada |
|  | … motivo u observación, respecto de la toma de decisión, si aplica. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | Riobamba, |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del responsable en **Kiwa BCS**: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del responsable en **Kiwa BCS**: |  |