

## **INSTRUCTIVO PARA EL ALTA DE EMPRESAS Y ACTUALIZACIONES EN EL LEGAJO ELECTRONICO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

Las empresas que requieran operar con el Sistema de Cosméticos para la inscripción de productos deberán presentar, en la Dirección de Vigilancia de Productos para la Salud- Productos Cosméticos, **los correspondientes formularios.**

Los mismos deberán ser presentados completos, con todas las hojas firmadas, adjuntando la documentación que se detalla en Adolfo Alsina- piso 1 -CABA.

### **SOLICITUD DE ALTA DE ESTABLECIMIENTO EN EL SISTEMA DE LEGAJO ELECTRÓNICO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

#### **DATOS DE LA EMPRESA:**

1. RAZÓN SOCIAL (según consta en el Certificado de Inscripción de Establecimiento y Disposición habilitante)
2. PROVINCIA
3. LOCALIDAD
4. DOMICILIO
5. TELÉFONO
6. TELÉFONO 24 HS.
7. FAX
8. E-MAIL (correspondiente a la persona que sea designada para operar el sistema y realizar la admisión de productos. Si se declara un mail institucional no personal deberá tenerse en cuenta que el mismo debe ser verificado a diario)
9. CUIT

#### **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

1. Nombre del representante legal
2. Cargo
3. DNI

Aportar copia del estatuto social o autorización de la empresa para actuar como tal.-

#### **DATOS DE LA PLANTA:**

1. PERTENECE A LA EMPRESA: (Idem pto.1 de "Datos de empresa")
2. DENOMINACIÓN (aclarar si se trata de una única planta, cargar "planta única", y para importadores "único depósito". En el caso que posea más de una dirección, se debe cargar de macro a micro la ubicación. Ejemplo "planta La Rioja", "Planta Pilar", "Planta Forest". Lo mismo se aplica a los depósitos)
3. LOCALIDAD
4. TELÉFONO
5. DISPOSICIÓN DE HABILITACIÓN (última): N° y año
6. LEGAJO
7. TIPO DE PLANTA: (PLANTA PRODUCTIVA/LABORATORIO/DEPÓSITO)

(Cabe aclarar que "planta" se refiere a que en ese domicilio se realiza elaboración y/o envasado, encontrándose allí mismo el depósito y el laboratorio de control de calidad, depósito para importadores y para depósitos anexos de las plantas y "laboratorio" cuando se trata de laboratorio de control de calidad perteneciente a la firma en otro domicilio).

8. RUBRO (según Certificado de Inscripción de Establecimiento y Disposición Habilitante)
9. OTRAS HABILITACIONES: rubro, n° disposición - (deben cargarse las habilitaciones para los distintos tipos de productos con el correspondiente número de disposición. Ejemplo: habilitaciones para cosméticos, otra para especialidades medicinales y otra para fitoterápicos. El campo "con disposición" no es obligatorio.
10. DIRECTOR TÉCNICO: (nombre completo, domicilio real, matrícula y DNI)
11. CO-DIRECTOR TÉCNICO: (nombre completo, domicilio real, matrícula y DNI).  
Se pueden ingresar tantos co-directores técnicos como tenga declarados la empresa ante la autoridad sanitaria.

**LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD CONTRATADO (si corresponde):**

1. Razón social:
2. Domicilio:
3. Localidad:
4. Teléfono:
5. Actividades (tipo de controles de calidad):

**DOCUMENTACIÓN A SER ADJUNTADA AL PRESENTE FORMULARIO (copia certificada):**

La documentación puede ser presentada certificada por escribano público o por la autoridad sanitaria receptora, contra presentación de documentación original.

**En todos los casos deberá constar en la Certificación que "ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL EXHIBIDO"**

- CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
- DISPOSICIÓN DE HABILITACIÓN
- DISPOSICIÓN DE DESIGNACIÓN DE DIRECTOR TÉCNICO Y CO-DIRECTOR TÉCNICO (en caso de corresponder)
- En caso de contar con otras habilitaciones, LOS CERTIFICADOS DE INSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTES
- CONTRATO DE PARTES CON EL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD, en caso de no ser propio.
- 

**Nota: no serán recibidos formularios que no se encuentren acompañados de dicha documentación y que carezcan de firma del representante y/o director técnico de la firma interesada**

---

**INFORMACIÓN A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD SANITARIA**

(La misma será completada al momento de recepción de la solicitud, a fin de

constatar que la documentación se encuentre completa como constancia del inicio del trámite).

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTADA AL PRESENTE FORMULARIO:**

- CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
- DISPOSICIÓN DE HABILITACIÓN
- DISPOSICIÓN DE DESIGNACIÓN DE DIRECTOR TÉCNICO Y CO-DIRECTOR TÉCNICO (en caso de corresponder)
- CERTIFICADOS DE INSCRIPCIÓN CORRESPONDIENTES (en caso de contar con otras habilitaciones)
- CONTRATO DE PARTES CON EL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD, en caso de no ser propio.
- FECHA DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO – FIRMA DEL RECEPTOR:
- OPERADOR DE CARGA:
- FECHA DE ALTA EN EL SISTEMA:

Nota: esta información será completada únicamente por el receptor de la autoridad sanitaria.

**SOLICITUD DE ALTA DE ACTIVIDADES EN EL SISTEMA DE LEGAJO ELECTRÓNICO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS**

Marcar lo que corresponda (puede ser completado a mano tildando las opciones que correspondan)

**TIPO DE FORMA:**

- AEROSOLES
- LÍQUIDOS
- SEMISÓLIDOS
- SÓLIDOS
- TOALLAS HUMEDECIDAS

**ETAPAS:** (diferenciar para cada tipo de forma y tipo de producto, en caso de existir diferentes etapas según el producto. Ejemplos: aerosoles depósito sólo si son tercerizados en forma completa; aceites: fraccionamiento, acondicionamiento primario y secundario, sólo si se elaboran en otro establecimiento distinto; emulsiones: depósito e importación, sólo si se trata de productos importados)

- ELABORACIÓN
- ACONDICIONAMIENTO PRIMARIO
- ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO
- FRACCIONAMIENTO
- DEPÓSITO
- GASIFICADO
- IMPORTACIÓN

**TIPOS DE PRODUCTOS LÍQUIDOS:**

- ACEITES
- CREMAS DE ENJUAGUE
- EMULSIONES
- LOCIONES

- ESMALTES
- HIDROALCOHÓLICOS
- QUITAESMALTES
- SHAMPOO
- OTROS

### **SEMISOLIDOS**

- CREMAS DE ENJUAGUE
- CREMAS
- EMULSIONES
- GELES
- MÁSCARAS
- PASTA DENTAL
- SHAMPOO
- UNGÜENTO/POMADA
- OTRAS

### **SÓLIDOS**

- |   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| - | ALES DE BAÑO        | S |
| - | ARRAS               | B |
| - | APSULAS             | C |
| - | ERAS DEPILATORIAS   | C |
| - | ABONES              | J |
| - | ÁPICES DELINEADORES | L |
| - | ÁPICES LABIALES     | L |
| - | OLVOS               | P |
| - | OLVOS COMPACTOS     | P |

### **A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD SANITARIA**

- FECHA DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO – FIRMA DEL RECEPTOR:
- OPERADOR DE CARGA:
- FECHA DE ALTA EN EL SISTEMA:

Nota: esta información será completada únicamente por el receptor de la autoridad Sanitaria.