**ANEXO I: FORMATO PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

**PROGRAMA DE APOYO TÉCNICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA EN INGREDIENTES NATURALES PARA EL SECTOR FITOTERAPÉUTICO**

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

|  |
| --- |
| **Datos de la empresa Mipyme, Unidad Productiva, Emprendimiento**  |
| Nombre / Razón Social: |  |
| NIT |  |
| Dirección de la empresa: |  |
| Departamento: |  | Vereda/Ciudad/Municipio: |
| Teléfonos: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Página web si aplica |  |
| Tamaño de empresa de acuerdo (Decreto 957 de 2019): | □ Mypime □ Emprendimiento/Unidad Productiva  |
| **Personal**  |
| * Total, empleados: \_\_\_
* Mujeres: \_\_\_
* Hombres: \_\_\_
 |
| **Información económica, social y ambiental** |
| Producción anual (ton) | 2022:  | 2023: | 2024: |
| Ventas anuales ($COP) | 2022:  | 2023: | 2024: |
| ¿Ha exportado alguna vez? | Si |  | No | ¿A qué mercados? |  |
| Exportaciones ($COP): | 2022:  | 2023: | 2024: |
| Mercados actuales  |  |
| Mercados de interés (incluye nombre de países de interés en el caso de mercados internacionales) |  |
| **Identificación del representante legal-Propietario de entidad proponente** |
| Nombre Completo: |  |
| Documento de identificación: |  |
| Teléfono: |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  |
| **Identificación de la persona de contacto permanente e implementador del proyecto por parte del beneficiario** |
| Nombre Completo: |  |
| Documento de identificación: |  |
| Teléfono: |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  |
| **Descripción del Proponente**  |
| *Ayuda: Describa su negocio y su enfoque, mencionando las cadenas productivas en las que participa. Incluir el impacto social, como la participación de comunidades especiales si las hay, y las políticas de género o ambientales que puedan tener implementadas. También indicar si la empresa cuenta con sistemas de gestión de calidad, ambiental o de sostenibilidad.* |

**2. INFORMACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA**

|  |
| --- |
| 1. **Ingrediente natural propuesto para la asistencia técnica**
 |
| * ¿Cuál es su oferta de ingredientes naturales para el sector fitoterapéutico?

Complete la siguiente información para al menos un ingrediente: * Nombre del ingrediente natural
* Nombre de la especie/asociación utilizada:
* ¿Proveeduría del material vegetal es propia? □ Si □No
* ¿Compra a terceros el material? □ Si □No
* ¿A quién compran el material vegetal?
* Número de trabajadores/recolectores vinculados, compradores (o cadena de valor)
* Parte de la planta de interés farmacéutico (p. ej., hoja, tallo, raíz):
* ¿ El material vegetal de partida se encuentra incluido en el listado oficial de plantas con fines terapéuticos aprobado por el Invima o en alguna monografía internacional reconocida[[1]](#footnote-1)?

□ Si □No* Bondades terapéuticas de la especie/asociación seleccionada:
* Tiempo de comercialización del ingrediente en el mercado:
* ¿Actualmente tiene clientes en el sector fitoterapéutico? □ Si □No
* Cuáles son sus clientes y mercados actuales:
* Tiempo de comercialización del ingrediente en el mercado:
* Presentaciones comerciales:
* Mercados objetivo:

***Proceso de fabricación**** ¿ El proceso completo de fabricación del ingrediente se realiza en sus propias instalaciones, sin subcontratación de ninguna etapa? □ Si □No
* Si su respuesta es “No”. Indique qué operaciones maquila con terceros:
* ¿Está actualmente activo el proceso de fabricación del ingrediente?□ Si □No
* Describa el proceso de fabricación y empaque del ingrediente natural
 |
| 1. **Avances realizados en la implementación**
 |
| * ¿Conoce los lineamientos de las Buenas Prácticas de Manufactura en ingredientes naturales para uso fitoterapéutico? □ Si □No
* ¿Qué aspectos de las BPM ha implementado hasta el momento?
* ¿Tiene documentadas las actividades de su proceso productivo?
* ¿Cuenta con certificaciones vigentes? □ Si □No
* En caso afirmativo, indique cuáles son:
 |
| 1. **Justificación y objetivos**
 |
| Responda las siguientes preguntas:* ¿Por qué quiere participar en el programa?
* ¿Qué espera lograr con el apoyo?
* ¿Cuáles son sus principales retos en la implementación del apoyo seleccionado?
 |
| **5. EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN** |
| **Líder del proyecto:*** Nombre:
* Cargo:
* Profesión:
* Experiencia relevante:
* Dedicación semanal al proyecto (horas):

**Personal de apoyo:** (si aplica)* Nombre y cargo:
* Dedicación semanal:
 |
| **6. ASPECTOS ADICIONALES** |
| Marque con una “X” si su organización cuenta con alguno de los siguientes elementos:□ Política de equidad de género□ Sistema de gestión ambiental□ Sistema de gestión de calidad□ Otros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7. COMPROMISO** |
| Confirmamos que:Contamos con la capacidad técnica y financiera para implementar las mejoras necesarias. □ Sí □ NoDesignaremos el personal necesario para la ejecución del proyecto.      □ Sí  □ NoNos comprometemos a completar el programa en un plazo máximo de 15 meses. □ Sí  □ NoFirma del Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. <https://www.invima.gov.co/productos-vigilados/medicamentos-y-productos-biologicos/sala-especializada-de-medicamentos> [↑](#footnote-ref-1)