COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ICA Instituto Colombiano Agropecuario

ICA 08/04/2024 13:37
Al Contestar cite este No.: **20243107148**
Origen: Dirección Técnica de Análisis y D
Destino: Grupo de Convenios y Pre
Anexos: Fol:1

MEMORANDO

11.200.2
Bogotá,

PARA: **XIMENA ANDREA LANOS TORRES**
Grupo de Convenios y Prestación de Servicios

DE: DIRECCIÓN TÉCNICA DE ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO VETERINARIO

ASUNTO: AUTORIZACIÓN- INFORME SEMESTRAL DE EJECUCCIÓN CONVENIO DE AUTORIZACIÓN No. GGC-069-2023, SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO - ICA Y SERVIGAN DEL CARIBE LTDA

Cordial saludo,

En cumplimiento de la obligación de la cláusula novena del convenio de autorización No. 069-2023, suscrito entre El Instituto Colombiano Agropecuario – ICA Y SERVIGAN DEL CARIBE LTDA, desde la supervisión del convenio me permito enviar el informe semestral de ejecución técnica de dicho convenio correspondiente al semestre I de ejecución del convenio.

En el informe enviado se encuentran las evidencias de las obligaciones y el link que soporta cada obligación, este link (LABORATORIO AUTORIZADO) corresponde a un SharePoint proporcionado por la oficina OTI del ICA quien autorizó que los laboratorios externos compartieran los soportes de la ejecución del convenio mes a mes, soportes que son revisados por la supervisión del convenio.

Atentamente,

MARILUZ VILLAMIL SANDOVAL
Director Técnico de Análisis y Diagnostico Veterinario

Anexos: 1 archivo anexo
Elaboró: DRPG
Aprobado por: Carlos Eduardo Benitez Alvarado / Grupo de Gestión de Calidad Analítica, Buenas Prácticas de Laboratorio y Registro
Uriel Esteban Sierra Zuleta / Subgerencia De Análisis y Diagnóstico

INFORME

SUPERVISION / INTERVENTORIA

1. TIPO DE INFORME: (marque con una X)					
Periódico:	Agosto 2023 – Enero 2024		**Final:**	(Mes/período/pago)	

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO:					
Contrato / Orden / Convenio Número:	GGC-069-2023	**de**	2023		
Tipo de contrato: Convenio.					
Objeto: "Aunar esfuerzos entre el ICA y SERVIGAN DEL CARIBE LIMITADA., con el fin de realizar por parte del AUTORIZADO, actividades de análisis de muestras para el diagnóstico de brucelosis en el marco de las medidas sanitarias para la prevención y control de la Brucelosis bovina causada por *Brucella abortus* en las especies bovina, bufalina, ovina, caprina y équida dentro del territorio nacional."					
Supervisor / Interventor:	Mariluz Villamil Sandoval - Coordinadora Grupo de Gestión de Calidad Analítica, BPL y registro de laboratorios				
Contratista:	SERVIGAN DEL CARIBE LTDA				
Valor total del contrato/orden/convenio:	**No aplica**				
Plazo de ejecución:	2 años				
Fecha inicio de ejecución:	21	**de**	Julio	**de**	2023
Fecha de terminación del contrato:	17	**de**	Julio	**de**	2025

EN EJECUCIÓN:	x	TERMINADO:		LIQUIDADO:		POR LIQUIDAR:	

INFORMACION FINANCIERA: No aplica

CDP N°	Fecha	Valor	RP N°	Fecha	Valor
(Adiciones las filas	que requiere	$			$

INFORMACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA:

Tipo: (Marque con una X)	Bancaria:		Póliza de seguro:	X
Garante:		PREVISORA S.A		
Identificación de la garantía única:	3018505	Fecha de aprobación:	21/07/2023	

AMPAROS	X	INICIO DE VIGENCIA	FIN DE VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
Buen manejo del anticipo.		No aplica	No aplica	No aplica
Cumplimiento.	x	18/07/2023	18/01/2026	$ 116.000.000
Pago de salarios y prestaciones.	x	18/07/2023	18/07/2028	$ 116.000.000
Calidad.		No aplica	No aplica	No aplica
Responsabilidad Civil Extracontractual	x	18/07/2023	18/07/2025	$ 232.000.000
Otro:		No aplica	No aplica	No aplica

Prórrogas					
Número y fecha de la modificación		**Tiempo (días calendario)**			
1	**No aplica**				
Nueva fecha de terminación:	**día**	**de**	**mes**	**de**	**año**

Adiciones		**CDP N°**	**RP N°**	**Fecha RP**
Número y fecha de la modificación	**Valor de la adición ($)**			
1 **No Aplica**				
Valor total final:	**$ Valor**			

Suspensiones	
Fecha de suscripción	**Periodo y Tiempo (días calendario)**

Libertad y Orden	**INFORME** **SUPERVISION / INTERVENTORIA**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

1	No aplica	(fecha: desde – hasta) días

Modificaciones		
Cláusula Nº		**Breve descripción de la modificación**
1	**No aplica**	

Modificación de la garantía única:		
Amparo modificado:	Nuevo valor asegurado:	Fecha aprobación:
	$	

3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO / ORDEN / CONVENIO: No aplica

En el contrato / orden / convenio se pactó anticipo: SI ☐ **No** ☐

CONVENIO			
Anticipo convenio inicial % (1)	**0,00%**	**Valor anticipo convenio inicial (5)**	**$ -**
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	**DD/MM/AAAA**	**Valor anticipo adiciones (6)**	**$ -**
No. Orden de pago desembolso anticipo (3)		**Valor total anticipo (7)**	**$ -**
% Anticipo de adiciones (4)	**0,00%**	**Saldo pendiente por amortizar (8)**	**$ -**

CONCEPTO	APORTES SERVIGAN DEL CARIBE LIMITADA	APORTES ICA	VALOR TOTAL
Valor total inicial (9)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Valor Adiciones (10)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Valor Total (∑ Valor total inicial + Adiciones)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Valor pagado (11)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Valor en trámite (PERIODO) (12)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Valor total ejecutado (∑ Vr pagado + Vr en trámite)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Saldo del convenio (∑ Vr Total del Convenio – Vr Total Ejecutado)	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**
Porcentaje de ejecución	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**

NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR

Si el saldo es diferente de Cero (0) indique con X:	Saldo por reintegrar:		Saldo por liberar:	

Si el saldo es por liberar discrimine:

Un. Ejec.		**CDP**		**Compromiso o Registro**		**Cat.**		**Valor a liberar**	$
Un. Ejec.		**CDP**		**Compromiso o Registro**		**Cat.**		**Valor a liberar**	$
VALOR TOTAL A LIBERAR:								**$**	

¿Solicita constituir reservas? (Marque con una X)	**SI**	~~**NO**~~
Valor y justificación: (¿Por qué?)	**$**	

Libertad y Orden	**INFORME** **SUPERVISION / INTERVENTORIA**	ICA Instituto Colombiano Agropecuario

4. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, ARL, PENSIONES Y/O APORTES PARAFISCALES:		
El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, ARL, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.	**SI** X	**NO**
	Marque con una X	
Por concepto de aportes al sistema de seguridad social el contratista efectuó los siguientes pagos (copia de planillas y recibos de pago anexos):		
Aportes al sistema de salud	$	
Aportes al sistema de pensiones	$	
Aportes a ARL	$	

5. ESTADO DEL AVANCE DE LA EJECUCIÓN:		
Estado de avance de la ejecución a la fecha (%)		**25%**
Descripción de la ejecución actual del contrato:		
Nº	**Obligaciones Específicas del Contratista**	**Estado de avance de la obligación**
1	Previo pago por parte del usuario, remitir a un laboratorio del ICA las muestras positivas por Rosa de Bengala o ELISA indirecta para su confirmación dentro del plazo establecido por el ICA, máximo 3 días hábiles.	Porcentaje (%) de avance: 25% Descripción del avance: El laboratorio envía al ICA las muestras positivas por Rosa de Bengala y para su confirmación dentro del plazo establecido, como se evidencia en los soportes enviados mes a mes por el laboratorio. Entrega producto Si _X_ No____ Ubicación: Se puede verificar los soportes del envío de las muestras realizado por el laboratorio en los siguientes links en: Noviembre 2023: OBLIGACIÓN 2
2	Durante el plazo de ejecución del convenio dar cumplimiento al pago de aportes al Sistema de Seguridad Integral y de Aportes Parafiscales (Artículo 23 Ley 1150 de 2007, artículo 50 de la Ley 789 de 2002 modificado parcialmente por el artículo 1° de la Ley 828 de 2003).	Porcentaje (%) de avance: 25% Descripción del avance: El laboratorio cumplió con el pago al sistema nacional de seguridad social, lo cual se evidencia con los soportes enviados mensualmente por el laboratorio Entrega producto Si_X__ No___ Ubicación: Los soportes de pago se pueden evidenciar en el siguiente link: SEGURIDAD SOCIAL 02-2024.pdf
3	Dar cumplimiento a todas las actividades del convenio de acuerdo con el objeto y alcance establecidos para el mismo	Porcentaje (%) de avance:25% Descripción del avance: El laboratorio ejecutó las actividades del convenio realizando la inspección, radicación, procesamiento de las muestras por los métodos autorizados y su emisión del informe de resultados.

		Entrega producto Si_X__ No___ Ubicación: Se puede verificar el cumplimiento de esta obligación en los siguientes links: Agosto 2023: OBLIGACIÓN 4 Septiembre 2023: OBLIGACIÓN 4 Octubre 2023: OBLIGACIÓN 4 Noviembre 2023: OBLIGACIÓN 4 Diciembre 2023: OBLIGACIÓN 4 Enero 2024: OBLIGACIÓN 4
4	Presentar mensualmente al ICA el Informe Serológico y Alérgico (SEAL) de acuerdo con los lineamientos establecidos para el efecto, sin perjuicio de otros informes que el ICA exija en cualquier momento	Porcentaje (%) de avance: 25%
		Descripción del avance: El laboratorio presentó los informes mensuales de actividades (SEAL) en cero pues no ha realizado ningún análisis a la fecha.
		Entrega producto Si_X__ No____ Ubicación: Se puede verificar el consolidado del informe SEAL del año 2023 y 2024 enviado por el laboratorio en el los siguientes links: https://icaoti.sharepoint.com/:x:/r/sites/GRUPODEGESTINDECALIDADANALTICA/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B980A9E41-AFD7-4657-A4E8-FF1A474F6AB9%7D&file=CONSOLIDADO%20SEAL%202023.xlsx&action=default&mobileredirect=true https://icaoti.sharepoint.com/:x:/r/sites/GRUPODEGESTINDECALIDADANALTICA/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BEDFABCFB-F9B8-4F86-A611-D8E719F864B8%7D&file=CONSOLIDADO%20SEAL%202024.xlsx&action=default&mobileredirect=true
5	Participar en las comparaciones interlaboratorios para las pruebas de Rosa de Bengala y/o ELISA Indirecta para las cuales el ICA lo solicite.	Porcentaje (%) de avance:25%
		Descripción del avance: El laboratorio Participo en la comparación interlaboratorio realizada en diciembre de 2023.
		Entrega producto Si__ No_X___ Ubicación: El laboratorio participó en la comparación interlaboratorio en el mes de diciembre de 2023, la cual se encuentra en evaluación por parte del ICA

		Ubicación: OBLIGACIÓN 17

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AMBIENTALES:			
El Supervisor verificó el cumplimiento de las obligaciones ambientales.	~~N/A~~	**SI**	**NO**

MEJORAS:		
Indique si con la ejecución del contrato se agrega valor a los bienes inmuebles de la entidad.	**SI**	~~**NO**~~

ADQUISICIÓN DE BIENES TANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes tangibles.	**SI**	~~**NO**~~

ADQUISICIÓN DE BIENES INTANGIBLES:		
Indique si con la ejecución del contrato se adquirieron bienes intangibles.	**SI**	~~**NO**~~

RECIBO A SATISFACCION:		
Como supervisor del contrato manifiesto que he recibido a satisfacción los bienes y servicios conforme a lo establecido en el contrato.	**SI**	**NO**
Observaciones: No aplica		

BIENES APORTADOS AL CONVENIO:		
Indique si **EL ICA** aportó bienes para la ejecución del convenio.	**SI**	~~**NO**~~

PLACA DE INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	VALOR
No aplica	No aplica	$
No aplica	No aplica	$
No aplica	No aplica	$

Mediante acta del (fecha) **CONTRATISTA** devolvió a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX.

FUERON ADQUIRIDOS BIENES CON RECURSOS DEL CONVENIO:		
Indique si con los recursos destinados al convenio fueron adquiridos bienes.	**SI**	~~**NO**~~

PLACA DE INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	VALOR
No aplica	No aplica	$
No aplica	No aplica	$

Mediante acta del (fecha) fueron devueltos a **EL ICA** los bienes que éste último aportó al convenio, de conformidad con lo pactado en la cláusula XXX del convenio.

Mediante SISAD número del fecha el Grupo de Control de Activos y Almacenes certificó que los bienes relacionados anteriormente se encuentran incluidos en los inventarios de **EL ICA**.

SE PACTÓ LA EXPEDICIÓN DE GUÍAS SANITARIAS DE MOVILIZACIÓN INTERNA (GSMI):		
Indique si el objeto del convenio incluía la expedición de GSMI.	**SI**	**NO**

GSMI EXPEDIDAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI ANULADAS	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$
GSMI DEVUELTAS A EL ICA	**CONSECUTIVO**	**VALOR**
#	Del XXX al XXX	$

Los recursos generados por el convenio se manejaron a través de la cuenta XXX del Banco XXX, la cual se encuentra CANCELADA, conforme lo indica la certificación adjunta.

Mediante SISAD XXXX del (fecha) el Grupo de Gestión Financiera certificó que los recursos relacionados anteriormente ingresaron a las cuentas de **EL ICA**.

6. EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

CRITERIO	SUBCRITERIO	ITEM	MARQUE		VALOR ASIGNADO	PUNTAJE
			SI	NO		
CUMPLIMIENTO (25 PUNTOS)	TIEMPO DE ENTREGA	¿Se cumplieron los tiempos de entrega de bienes o la prestación de los servicios ofertados por el proveedor?				0
	CANTIDADES	¿Se entregan las cantidades solicitadas?				
CALIDAD (25 PUNTOS)	CONFORMIDAD	¿El bien o servicio cumplió con las especificaciones y requisitos pactados en el momento de entrega?				0
	FUNCIONALIDAD ADICIONAL	¿El producto comprado o el servicio prestado proporcionó más herramientas o funciones de las solicitadas originalmente?				
POS CONTRACTUAL (25 PUNTOS)	RECLAMACIONES	¿Se han presentado reclamaciones al proveedor en calidad o gestión?				0
		(*) ¿El proveedor soluciona oportunamente las no conformidades de calidad y gestión de los bienes o servicios recibidos?				
	SERVICIO POS VENTA	¿El proveedor cumple con los compromisos pactados dentro del contrato u orden de servicio o compra? (aplicación de garantías, mantenimiento, cambios, reparaciones, capacitaciones, entre otras)				
GESTION (25 PUNTOS)	PROCEDIMIENTOS	¿El contrato es suscrito en el tiempo pactado, entrega las pólizas a tiempo y las facturas son radicadas en el tiempo indicado con las condiciones y soportes requeridos para su trámite contractual?				0
	GARANTÍA	¿Se requirió hacer uso de la garantía del producto o servicio?				
		(*) ¿El proveedor cumplió a satisfacción con la garantía pactada?				
PUNTAJE TOTAL						0
CONVENCIÓN	SÍMBOLO SIGNIFICADO	PROVEEDOR TIPO A: EXCELENTE. Puntaje mayor o igual a 80 hasta 100 puntos. Se puede contratar nuevamente				
	(*) Se responde si la anterior pregunta tiene una ponderación de cero o SI	PROVEEDOR TIPO B: BUENO. Puntaje entre 46 hasta 79 puntos. Se invita nuevamente a procesos pero debe mejorar las observaciones presentadas por la entidad. La entidad (Supervisor) presentará las observaciones mediante oficio adjunto al presente formato.				
		PROVEEDOR TIPO C: MALO. Puntaje inferior o igual a 45 puntos. La entidad no debe contratar con este proveedor.				

7. OBSERVACIONES:

EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO, CERTIFICO QUE EN LA PLATAFORMA DE SECOP II SE ENCUENTRA CARGADA DE FORMA COMPLETA TODA LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE CORRESPONDIENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y ME HAGO RESPONSABLE POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE LOS HECHOS REPORTADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Para constancia se firma en Bogotá a los (02) días del mes de abril de dos mil veinticuatro (2024).



Mariluz Villamil Sandoval
Supervisor / Interventor

Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.
Elaboró: Diana Rocio Pineda Guerrero