ICA
Instituto Colombiano Agropecuario

ICA 11/10/2024 11:09
Al Contestar cite este No.: **20243128376**
Origen: Grupo de Gestión de Calidad Analí
Destino: Jose Luis Arciniegas Gal
Anexos: Fol:1

MEMORANDO

11.200.1
Bogotá,

PARA: **JOSE LUIS ARCINIEGAS GALINDO**
Grupo de Gestión Contractual

DE: GRUPO DE GESTIÓN DE CALIDAD ANALÍTICA, BUENAS PRÁCTICAS DE LABORATORIO Y REGISTRO

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

Cordial saludo,

En cumplimiento de la obligación de la cláusula novena del convenio de autorización No. GGC-069-2023, suscrito entre el Instituto Colombiano Agropecuario – ICA y SEVIGAN DEL CARIBE LIMITADA, desde la supervisión del convenio me permito enviar el informe semestral de ejecución técnica de dicho convenio correspondiente al segundo semestre de ejecución. 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,

CARLOS EDUARDO BENITEZ ALVARADO
Coordinador Grupo de Gestión de Calidad Analítica, Buenas Prácticas de Laboratorio y Registro

Anexos: 1 archivo anexo
Elaboró: DRPG

INFORME

SUPERVISION / INTERVENTORIA

1. TIPO DE INFORME: (marque con una X)					
Periódico:	Febrero – Julio 2024	**X**	**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 el (los) laboratorio(s) autorizado(s) 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:	Carlos Eduardo Benítez – Coordinador de Grupo de Gestión de calidad Analitica, BPL y Registro				
Contratista:	SEVIGAN DELCARIBE LIMITADA				
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:					
CDP N°	**Fecha**	**Valor**	**RP N°**	**Fecha**	**Valor**
		$			$

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)**
1	No aplica	(fecha: desde – hasta) días

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

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:

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 XXX	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?)	**$**	

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**	**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 (%)		**50%**
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:50% Descripción del avance: El laboratorio envía al ICA las muestras positivas por Rosa de Bengala y ELISA Indirecta 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 del laboratorio en los siguientes links en: Febrero 2024: OBLIGACIÓN 2 Marzo 2024: No remitieron muestras Abril 2024: No remitieron muestras Mayo 2024: No remitieron muestras Junio 2024: No remitieron muestras Julio 2024: No remitieron muestras
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: 50% 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: Febrero 2024: OBLIGACIÓN 3 Marzo 2024: OBLIGACIÓN 3 Abril 2024: OBLIGACIÓN 3 Mayo 2024: OBLIGACIÓN 3 Junio 2024: OBLIGACION 3 Julio 2024: OBLIGACIÓN 3

3	Dar cumplimiento a todas las actividades del convenio de acuerdo con el objeto y alcance establecidos para el mismo	Porcentaje (%) de avance:50% 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: Las evidencias de la ejecución de actividades se pueden evidenciar en el siguiente link: Febrero 2024: OBLIGACIÓN 4 Marzo 2024: OBLIGACIÓN 4 Abril 2024: OBLIGACIÓN 4 Mayo 2024: OBLIGACIÓN 4 Junio 2024: OBLIGACION 4 Julio 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: 50% Descripción del avance: El laboratorio presentó los informes mensuales de actividades (SEAL) que consolidan la información consignada en los reportes de análisis de brucelosis por municipio y prueba realizada, presentados a la unidad epidemiológica de la jurisdicción a la cual pertenece el laboratorio y a la coordinación del grupo de Gestión de Calidad analítica, BPL y Registro. Entrega producto Si_X__ No____ Ubicación: Se puede verificar el consolidado del informe SEAL enviado por el laboratorio en el link: 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

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: No se han realizado comparaciones interlaboratorio en el año 2024
		Entrega producto Si__ No_X___ Ubicación: No aplica

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		$
		$
		$

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		$
		$

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. No aplica	**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?				
	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?				
	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?				
		(*) ¿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?				
	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 el presente informe no se registra información financiera ya que este convenio no implica el compromiso de recursos presupuestales por las partes, dado que su propósito se limita a la habilitación de laboratorios para el desarrollo de actividades analíticas, según lo establece la cláusula séptima del convenio.

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 D.C) a los once (11) días del mes de (octubre) de dos mil veinticuatro (2024).

CARLOS EDUARDO BENITEZ ALVARADO

Supervisor / Interventor

Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.
Supervisor /Interventor

Proyectó: Diana Pineda DP
Original: Grupo de Control de Activos / Gestión Contable / Contractual. Copia: Supervisor/Interventor.