Informe de Supervisión No:	1
Contrato No:	202503156

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	FUNDACION MULTIACTIVA MAX INTERNATIONAL		
Identificación:	900.689.167-3		
Tipo de Contrato:	CONVENIO DE ASOCIACIÓN		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	*UNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA FORTALECER LOS MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES BAJO DIFERENTES ESTRATEGIAS A TRAVES DE JORNADAS INFORMATIVAS DE MANERA LUDICA Y PARTICIPATIVA, DIRIGIDA A LA POBLACION DE LOS MUNICIPIOS QUE HACEN PARTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.*		
Plazo de Ejecución:	*El plazo de ejecución será por un término de cuarenta y cinco (45) días calendarios, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución dispuestos en el artículo 41 de la ley 80 de 1993*		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202502327	**Fecha de C.D.P.**	10/09/2025
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202508197	**Fecha del R.P.**	31/10/2025

Valor del Contrato		
	Contrato Inicial	$200.000.000
	Adición 1	
	Adición 2	
	Adición 3	
	Total	$200.000.000

Fecha de inicio del contrato	**Fecha de terminación del contrato**	**Fecha de Suspensión del contrato**	**Fecha de reinicio**
14/11/2025	28/12/2025		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR ($)	OBSERVACIÓN

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

En el presente convenio no aplica la exigencia de garantías, de conformidad con lo estipulado en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015 que establece la no obligatoriedad de garantías. PARÁGRAFO. Sin perjuicio de lo establecido en esta cláusula, es obligación de INDEPORTES de mantener indemne a EL DEPARTAMENTO frente a cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus propias actuaciones.

CONTABILIDAD37-02461033132949-2090322-004254121-A
EGOMEZ-02461033150745-2090322-004254925-A
MMENDOZA-02461036154603-2090322-004261047-A
EGOMEZ-02461060155204-2090322-004270201-A
MMENDOZA-02461061101256-2090322-004270321-A

Powered by CamScanner

Aseguradora	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	Amparos	Vigencia	
				Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)
SEGUROS DEL ESTADO SA	85-44-101141530		Calidad del servicio	14/11/2025	30/04/2026
			Cumplimiento	14/11/2025	30/04/2026
			Anticipo	-	-
			Pago anticipado	-	-
			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	-	-
			Salarios y prestaciones	14/11/2025	31/12/2028
Aseguradora Solidaria	85-40-101065501		Responsabilidad Civil Extracontractual	14/11/2025	31/12/2025
			Otros	-	-

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		$200.000.000
Adición No. 1		$
Adición No. 2		$
Adición No. 3		$
Valor Total del contrato		$ 200.000.000
Porcentaje del Anticipo	%	
Porcentaje del Pago anticipado	30%	$ 60.000.000
Valor Amortizado del Anticipo		$
Valor Ejecutado del Contrato		$ 60.000.000
Valor por ejecutar		$ 120.000.000
Valor a pagar en el presente Informe		$ 60.000.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		FE 3

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DEL 14 DE NOVIEMBRE AL 25 DE NOVIEMBRE DE 2025

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	PRODUCTO
Capacitar líderes comunitarios y agentes de salud en primeros auxilios psicológicos, para que puedan ofrecer apoyo inmediato en sus comunidades y referir a las personas que lo	Como parte del proceso de seguimiento, se realizó una revisión exhaustiva en la que se aprobó el cronograma de actividades presentado, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la ejecución del

CONTABILIDAD37-02461033132949-2090322-004254121-A
EGOMEZ-02461033150745-2090322-004254925-A
MMENDOZA-02461036154603-2090322-004261047-A
EGOMEZ-02461060155204-2090322-004270201-A
MMENDOZA-02461061101256-2090322-004270321-A
Powered by CamScanner

Obligación	PRODUCTO
necesiten a los servicios adecuados y promuevan la línea de atención en salud mental del Departamento, en 10 municipios priorizados.	Convenio. Se verificó que el cronograma respondiera adecuadamente a los objetivos planteados y fuera viable dentro del marco del lineamiento establecido en el ANEXO TECNICO acordado. Asimismo, se constató la suscripción del acta de inicio, documento que certifica el inicio formal de las actividades bajo el Convenio. El acta fue recibida a satisfacción por el supervisor al contratista, lo que permitió avanzar con la legalización y la formalización de los compromisos establecidos. Además, se garantizó que se cumpliera cada uno de los requisitos exigidos tanto para la legalización como para el pago inicial del Convenio, de conformidad con el método de pago estipulado.
Realizar campañas lúdicas de información, como estrategia para luchar contra el estigma y discriminación asociado a los Trastornos mentales y promover la importancia de la salud mental en todas las etapas de la vida; en espacios públicos de 10, municipios priorizados del departamento.	
Realizar campañas lúdicas de información, como estrategia para luchar contra el estigma y discriminación asociado a los trastornos mentales y promover la importancia de la salud mental en todas las etapas de la vida; dirigidas a estudiantes adolescentes de instituciones educativas de 10, municipios priorizados del departamento.	
Crear y/o fortalecer redes de apoyo comunitarias para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, de 10 municipios, priorizados.	

1. **NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO**

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

2. **RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.**

a) Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
b) Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
c) Verificación del pago de Estampillas
d) Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
e) Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
f) Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
g) Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

3. **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).**

CONTABILIDAD37-02461033132949-2090322-004254121-A
EGOMEZ-02461033150745-2090322-004254925-A
MMENDOZA-02461036154603-2090322-004261047-A
EGOMEZ-02461060155204-2090322-004270201-A
MMENDOZA-02461061101256-2090322-004270321-A

Powered by CamScanner

OLINDA OÑORO JIMENEZ, quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista cumplió conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla, certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
N.A	N.A	N.A	N.A
	SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS		N.A

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en Barranquilla, a los **4 días del mes de diciembre de 2025**

OLINDA OÑORO JIMENEZ
Subsecretaria de Salud Publica
Departamento del Atlántico
SUPERVISORA

ARMANDO JAVIER ZABARAIN GONZALEZ C.C.
Representante Legal
FUNDACION MULTIACTIVA MAX INTERNATIONAL
CONTRATISTA

Proyectó: Jaime Ortega

Powered by CamScanner

CONTABILIDAD37-02461033132949-2090322-004254121-A
EGOMEZ-02461033150745-2090322-004254925-A
MMENDOZA-02461036154603-2090322-004261047-A
EGOMEZ-02461060155204-2090322-004270201-A
MMENDOZA-02461061101256-2090322-004270321-A