



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUALES

OBJETO DEL CONTRATO	FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR GERIÁTRICO MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVERA, DEPARTAMENTO ARAUCA.
CARGO:	COORDINADOR
NOMBRE:	MARYURY RIVAS MARTINEZ
PERIODO REPORTADO:	01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025.

A continuación, se relacionan las actividades realizadas en el periodo comprendido del 1 al 30 de Noviembre de 2025, como Coordinadora en el Centro de Bienestar María Auxiliadora del Municipio de Saravena, para la atención integral de la Población Adulto Mayor.

1. GESTIONAR LAS ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN, LOGÍSTICA Y UTILIZAR CON EFECTIVIDAD LA POLÍTICA DE CONTROL.

Durante el periodo reportado, se realizaron actividades de organización de las labores propias de cada uno de los cargos y organización logística de las mismas, diseñando, socializando e implementando formatos para cada uno de los procesos a desarrollar, estandarización de procesos y unificación de criterios a ejecutar en cada uno de los mismos. Por lo anterior, diseñaron los siguientes formatos a implementar en la ejecución de las labores propias de cada cargo, así;

- **Formatos Rotaciones (Cuadro de turnos):** Se elaboran e implementan de manera mensual, donde se realiza asignación de turnos de trabajo a los auxiliares de enfermería y Asistentes de Bienestar.
- **Formato Planilla Diaria Entrega de Alimentación:** Este formato se diligencia mensualmente por cada Adulto Mayor (huella), como constancia de recibido a satisfacción de los 5 tiempos de alimentación establecidos en el Contrato de Prestación de Servicios.
- **Ficha de Retiro Voluntario Adulto Mayor:** Este formato es diligenciado por los Asistentes de Bienestar (delegados), cuando un adulto mayor sale del hogar geriátrico por solicitud o por evasión del Hogar Geriátrico.
- **Registro de Signos Vitales:** Los auxiliares de enfermería realizaron toma de tensiones a los adultos del hogar geriátrico, monitoreando sus signos vitales al recibir turno y entrega



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

del mismo.

- **Planilla de entrada de visitantes:** De manera diaria, se diligencia la planilla entrada de visitantes. Indicando Fecha, hora, motivo de ingreso, Nombres y apellidos, documento de identidad, numero de celular y firma.
- **Creación Base de datos** con información básica de los adultos mayores ubicados en el Hogar Geriátrico María Auxiliadora. (Nombre y apellidos, identificación, fecha de expedición, lugar de expedición, FH, fecha de Nacimiento, Lugar de nacimiento, edad, EPS, régimen, Sisen).
- **Base datos (Registro Fotográfico),** de los adultos mayores ubicados en el Hogar Geriátrico María Auxiliadora.
- **Elaboración de los Contratos** de Prestación de Servicio del Talento Humano.
- **Diseño, elaboración y socialización de los informes de las actividades mensuales.**

Entre otros, para el normal funcionamiento de las actividades propias del Convenio de Asociación.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Diseño, implementación y seguimiento
Formato Registro Signos vitales.

Diseño, implementación y seguimiento
Formato Registro Visitantes.

[illegible]

Diseño, implementación y seguimiento Formato Entrega de turnos.

[illegible]

Diseño, implementación y seguimiento Formato
Admón. medicamentos.



COMITÉ DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 137 DE 2023 - AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE BIENESTAR MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAPIQUÍ, DEPARTAMENTO DE ARAUCA

PLANILLA DIARIA ENTREGA DE ALIMENTOS HOGAR GERIATRICO MARIA AUXILIADORA



lazos de amor
PROYECTO DE VIDA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

INICIO ENTREGA DE ALIMENTOS: 11 DE JULIO DE 2023

(desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, cena)

CELEBRAR:

COMEDOR: HOGAR GERIATRICO MARIA AUXILIADORA

EDAD: _____

RESPONSABLE: CONSORCIO PIEDROMONTE S.R.L.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
					Julio-11	Julio-12
Julio-13	Julio-14	Julio-15	Julio-16	Julio-17	Julio-18	Julio-19
Julio-25	Julio-21	Julio-22	Julio-23	Julio-24	Julio-26	Julio-26
Julio-27	Julio-28	Julio-29	Julio-30			

Nota: el cuadro del día faltante / o con huella certifica la satisfacción de: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, cena.

Diseño, implementación y seguimiento Formato Planilla Diaria de alimentos.

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT: 900794693-1

FORMAIO SOCIETUD MEMBRADO

Apellido de Societud	
Nombre Completo	
Código	
Municipio del Cantón	
Nombre Completo del Empleado Societud	
Código	
Fecha Societud (Fecha y Hora)	

Nombre del Empleado Societud

Fecha del Empleado Societud

Fecha Societud

FORMAIO SOCIETUD MEMBRADO

Apellido de Societud	
Nombre Completo	
Código	
Municipio del Cantón	
Nombre Completo del Empleado Societud	
Código	
Fecha Societud (Fecha y Hora)	

Nombre del Empleado Societud

Fecha del Empleado Societud

Fecha Societud

Cra 44 # 27-34 Barrio Graneros, Neerome - Avacha, 29 884 1211 - 310 810 800
E-mail: fundacionlazosdeamor@gmail.com facebook.com/fundacionlazosdeamor

Diseño, implementación y seguimiento
Formato Interno.



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nº 02/2025

Entre los suscritos, a saber: Por una parte, **VICTOR MANUEL SILVA ARIAS**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 7.636.245 de Arauca (Magdalena), obrando en calidad de Representante Legal de la **FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR**, con domicilio principal el Municipio de Saravena (Arauca), con NIT. 900705451-1, quien en adelante y para todos los efectos del presente Contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y por la otra parte, **EMILCEN CARDENAS CACERES**, identificad(a) con la cédula de ciudadanía N° 40505123 expedida en Saravena, obrando en nombre propio, quien en adelante y para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara bajo la gravedad del juramento, que se entiende con la firma del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causas de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Constitución Política y la Ley, ni en conflicto de intereses, hemos convenido celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, que se regirá por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil aplicables a la materia de que trata este Contrato:

CLÁUSULAS:

PRIMERA. - OBJETO: EL CONTRATISTA de manera independiente, en subordinación a dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestará los servicios a EL CONTRATANTE (**FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR**), como **NUTRICIONISTA** en el marco del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN N° 177**, celebrado entre **LA ALCALDIA MUNICIPAL - FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR**, cuyo objeto es: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE BIENESTAR MADIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA".

SEGUNDA. - TÉRMINO DEL CONTRATO: La vigencia del presente contrato será de 120 días, contados a partir del 10 de julio al 29 de diciembre de 2025.

TERCERA. - PRORROGA: Si vencido el plazo establecido para la ejecución del presente contrato, EL CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá nueva por las partes, que hará parte integral de este Contrato.

CUARTA. - NUEVO SERVICIO: Si finalizado el objeto del servicio contratado, EL CONTRATANTE necesita un nuevo servicio de EL CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y no se entenderá como prorroga por desarrollar las causas contractuales que dieron origen a este Contrato.

QUINTA. - OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE EL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA se obliga a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y, en especial, a las siguientes: 1. Analizar la minuta patrón y verificar si satisface las necesidades nutricionales de los adultos mayores. Aportar el Menú o ajustar para asegurar una alimentación balanceada y adecuada para esta población. 2. Verificar el

Cra 24 B # 27-24 Barrio Versalles, Saravena - Arauca (7) 889 1211 - 310 800 9886
E-mail: fundalam2006@gmail.com



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUALES

OBJETO DEL CONTRATO	PORTAFOLIO DE ATENCIÓN A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR COMUNITARIO MADIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA
CARGO:	PROFESIONAL
NOMBRE:	
PERÍODO REPORTADO:	

1. Realizar orientación, evaluación y apoyo individual o grupal para satisfacer las necesidades emocionales y sociales de los beneficiarios.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO FOTOGRAFICO

2. Evaluar condiciones individuales, de orientación personal y facilitar el aprendizaje

REGISTRO FOTOGRAFICO

3. Apoyar con actividades de autoayuda, prevención y sensibilización enfocadas en las competencias básicas

REGISTRO FOTOGRAFICO

Verificar el cumplimiento de los requisitos para la inscripción en el Registro de la Cámara de Comercio de Saravena (7) 889 1211 - 310 800 9886
E-mail: fundalam2006@gmail.com

Elaboración Contratos TH

Elaboración y diseño Formatos informes TH



Registro fotográfico A.M

Bases de Datos A.M

2. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS, PREVER LOS REQUERIMIENTOS Y MANTENER UNA BUENA RELACIÓN CON EL MISMO Y GARANTIZAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

Durante el periodo reportado, se realizaron actividades de supervisión a la ejecución de las actividades diarias que realiza el Talento Humano.

Asimismo, se realizan reuniones mensuales con el Talento Humano y/o cada vez que se requiera, propiciando escenarios de escucha, donde por áreas de atención, se socializan los avances y dificultades frente a la prestación del servicio, de este ejercicio se implementan acciones de mejora en aras de garantizar la satisfacción del servicio a nuestros Adultos mayores.

A continuación se detalla registro fotográfica de las actividades realizadas por las diferentes áreas de atención:

REGISTRO FOTOGRAFICO

VERIFICACION ACTIVIDADES ASISTENTES DE BIENESTAR



Limpieza, desinfección área de baños.



**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1



Limpieza, organización y adecuación de espacios internos - externos (pasillos-patios).





**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1





**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1



ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFENCCION AREA HABITACIONES



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1





**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

VERIFICACIÓN SERVICIO DE ALIMENTACIÓN.



SUPERVISION ACTIVIDADES AUXILIARES DE ENFERMERIA



VERIFICACION ACTIVIDADES PSICOSOCIAL

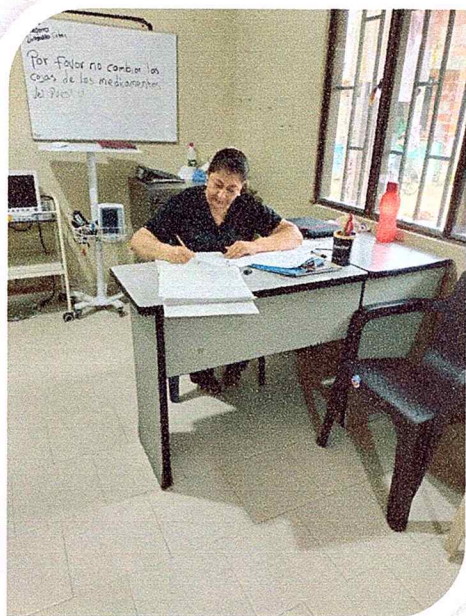




FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

VERIFICACION ACTIVIDADES NUTRICION



VERIFICACION ACTIVIDADES LICENCIADO EDU FISICO



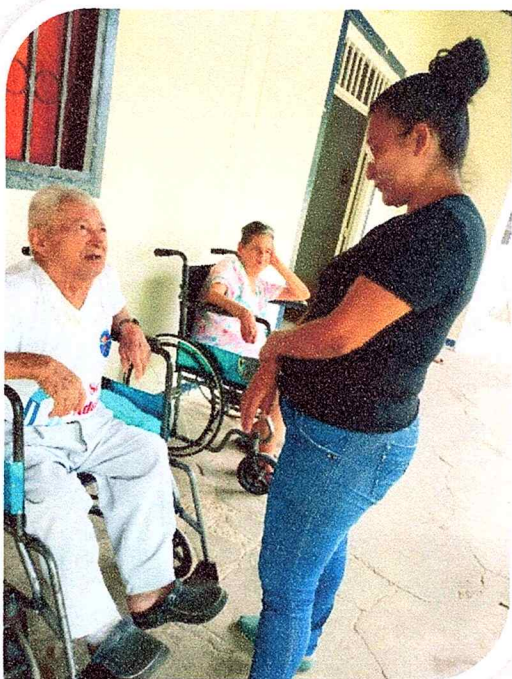
3. DIRIGIR LOS EQUIPOS DEL PROYECTO Y ESTABLECER LOS OBJETIVOS

Durante el periodo reportado, se realizaron acciones dirigidas al cumplimiento del objeto contractual, estableciendo objetivos a corto plazo, dinamizando las labores propias en la prestación del servicio con todo el Talento Humano.

Así mismo, Se realizan reuniones por áreas tanto individuales como grupales en aras de implementar acciones correctivas, acciones preventivas, reparación de defectos, y se revisa de manera periódica el impacto de los cambios sobre el proyecto.

Se verifican las actividades realizadas por el Talento Humano y se dialoga con los adultos mayores, para conocer la percepción del servicio.

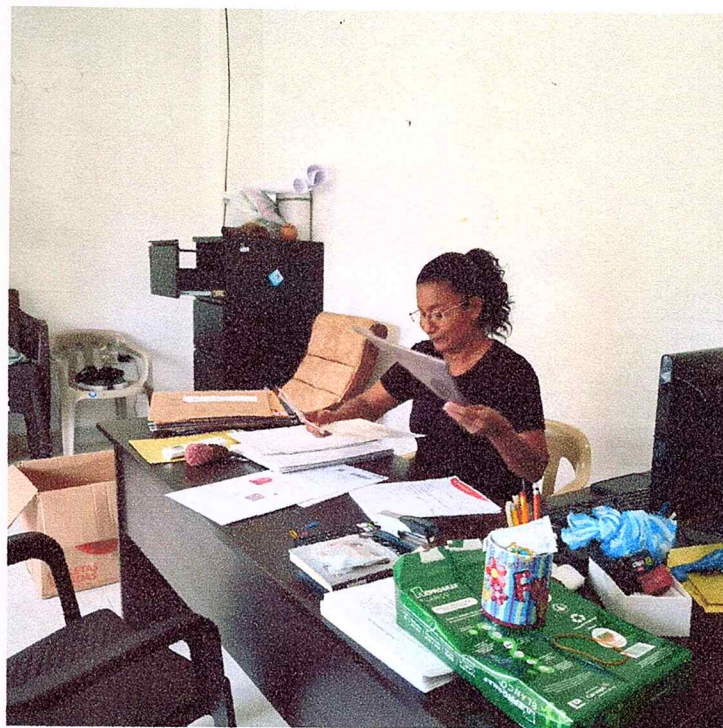
REGISTRO FOTOGRAFICO





FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1



4. ORIENTAR LAS ACTUACIONES DEL PROYECTO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA NECESARIAS DE MANERA COORDINADA CON OTRAS FUNCIONES.

Durante el periodo reportado, se han implementado acciones de mejora en aras de garantizar una mejor prestación de servicio con oportunidad y calidad, que garantice una mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores.

De acuerdo a la necesidad se han implementado las siguientes acciones de mejora:

- Se continua con la adecuación y mejoramiento de las instalaciones del Hogar Geriátrico
- Se realizo limpieza a los sardineles y alrededores del Hogar Geriátrico.

Asi mismo, y con el objetivo de orientar las actuaciones del proyecto, se mantiene constante comunicación con la Supervisora de Contrato, en aras de dar a conocer situaciones que se presentan en la prestación del servicio y que requieren de su apoyo y articulación en la misma.

Durante el mes de noviembre, se enviaron los siguientes correos electrónicos a la Supervisora del Contrato:

1. Correo electrónico de fecha 24 de noviembre de 2025, dando alcance a correo enviado el pasado 16 de octubre de 2025, referente a la entrega de la Contrapartida, de acuerdo a las facturas anexas.

REGISTRO FOTOGRAFICO





**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

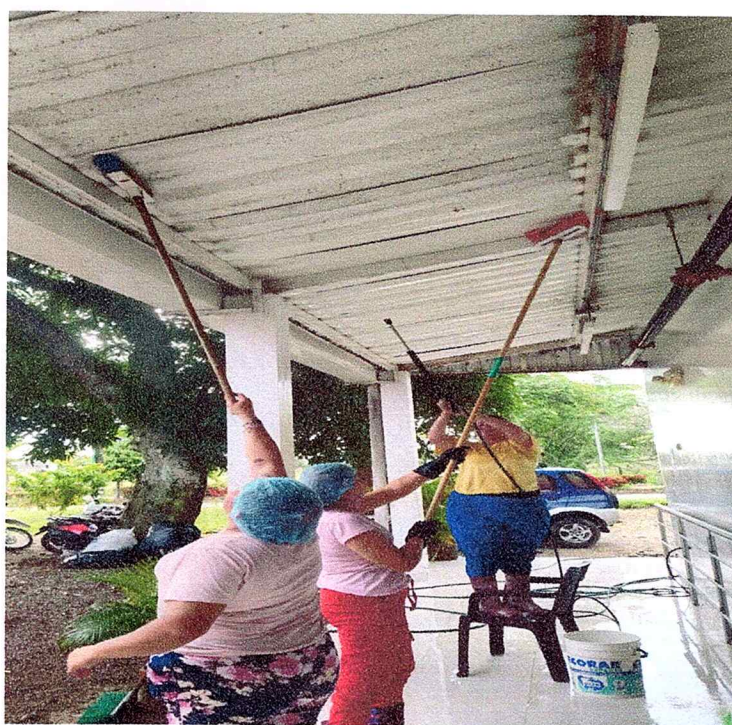


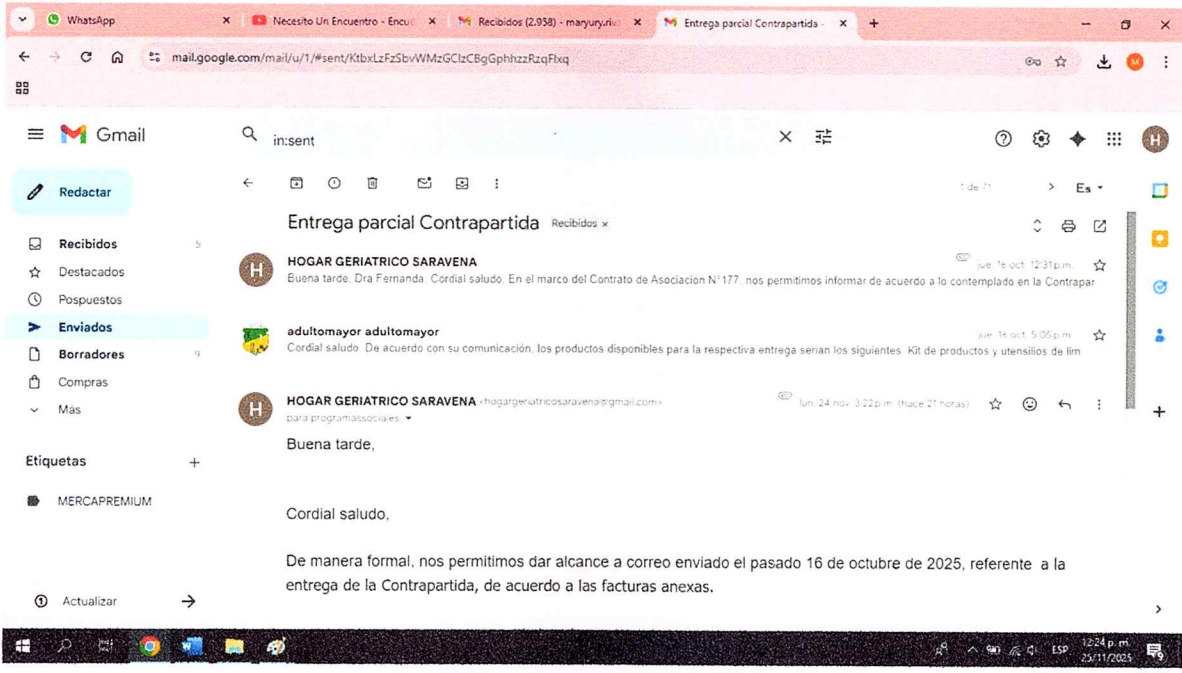


**lazos de
amor**
Fundación Cristiana

FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1





➤ Correo electrónico de fecha 24 de noviembre de 2025, dando alcance a correo enviado el pasado 16 de octubre de 2025, referente a la entrega de la Contrapartida, de acuerdo a las facturas anexas.

5. GESTIÓN DE INVENTARIOS, DISTRIBUCIÓN, TRANSPORTE A FINES DE LOGRAR LA OPTIMIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.

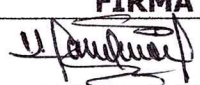
En el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios, se vela por el buen uso y distribución de los inventarios dispuestos para el buen funcionamiento del Hogar Geriátrico María Auxiliadora.

DOTACIÓN PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

REGISTRO FOTOGRAFICO



EN CONSTANCIA FIRMA

PROFESIONAL	CARGO	FIRMA
MARYURY RIVAS MARTINEZ	Coordinadora	
Anexos Contrato de Prestación de Servicios, Planilla Pago de seguridad social y Paz y Salvo.		

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUALES

MES DE NOVIEMBRE DE 2025.

OBJETO DEL CONTRATO:

*FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE
LOS SERVICIOS INTEGRALES DE LOS ADULTOS MAYORES
EN EL HOGAR GERIÁTRICO MARIA AUXILIADORA DEL
MUNICIPIO DE SARAVERA, DEPARTAMENTO ARAUCA.*

A continuación, se relacionan las actividades realizadas en el periodo comprendido del 1 al 30 de noviembre de 2025, como Coordinadora en el Centro de Bienestar María Auxiliadora del Municipio de Saravena, para la atención integral de la Población Adulto Mayor.

1. GESTIONAR LAS ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN, LOGÍSTICA Y UTILIZAR CON EFECTIVIDAD LA POLÍTICA DE CONTROL.

Durante el periodo reportado, se realizaron actividades de organización de las labores propias de cada uno de los cargos y organización logística de las mismas, diseñando, socializando e implementando formatos para cada uno de los procesos a desarrollar, estandarización de procesos y unificación de criterios a ejecutar en cada uno de los mismos. Por lo anterior, diseñaron los siguientes formatos a implementar en la ejecución de las labores propias de cada cargo, así;

- **Formatos Rotaciones (Cuadro de turnos):** Se elaboran e implementan de manera mensual, donde se realiza asignación de turnos de trabajo a los auxiliares de enfermería y Asistentes de Bienestar.
- **Formato Planilla Diaria Entrega de Alimentación:** Este formato se diligencia mensualmente por cada Adulto Mayor (huella), como constancia de recibido a satisfacción de los 5 tiempos de alimentación establecidos en el Contrato de Prestación de Servicios.
- **Ficha de Retiro Voluntario Adulto Mayor:** Este formato es diligenciado por los Asistentes de Bienestar (delegados), cuando un adulto mayor sale del hogar geriátrico por solicitud o por evasión del Hogar Geriátrico.
- **Registro de Signos Vitales:** Los auxiliares de enfermería realizaron toma de tensiones a los adultos del hogar geriátrico, monitoreando sus signos vitales al recibir turno y entrega del mismo.
- **Planilla de entrada de visitantes:** De manera diaria, se diligencia la planilla entrada

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

de visitantes. Indicando Fecha, hora, motivo de ingreso, Nombres y apellidos, documento de identidad, numero de celular y firma.

- **Creación Base de datos** con información básica de los adultos mayores ubicados en el Hogar Geriátrico María Auxiliadora. (Nombre y apellidos, identificación, fecha de expedición, lugar de expedición, FH, fecha de Nacimiento, Lugar de nacimiento, edad, EPS, régimen, Sisen).
- **Base datos (Registro Fotográfico)**, de los adultos mayores ubicados en el Hogar Geriátrico María Auxiliadora.
- **Elaboración de los Contratos** de Prestación de Servicio del Talento Humano.
- **Diseño, elaboración y socialización de los informes de las actividades mensuales.**

Entre otros, para el normal funcionamiento de las actividades propias del Convenio de Asociación.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Formato Registro Signos Vitales. Incluye campos para Nombre y Apellidos, Fecha, Hora, Motivo de ingreso, Nombres y apellidos, documento de identidad, numero de celular, y una tabla para registrar signos vitales (F.C., T.A., F.R., T.C., GLUCOMETRIA).

Diseño, implementación y seguimiento
Formato Registro Signos vitales.

Formato Registro Visitantes. Incluye campos para Nombre y Apellidos, Fecha, Hora, Motivo de ingreso, Nombres y apellidos, documento de identidad, numero de celular, y una tabla para registrar datos de visitantes.

Diseño, implementación y seguimiento
Formato Registro Visitantes.

2960

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

Diseño, implementación y seguimiento Formato Entrega de turnos.

Diseño, implementación y seguimiento Formato Admón. medicamentos.

Diseño, implementación y seguimiento Formato Planilla Diaria de alimentos.

Diseño, implementación y seguimiento Formato Interno.

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR
NIT 900705451-1

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nº02/2025

Entre los suscritos, a saber: Por una parte, **VICTOR MANUEL SILVA ARIAS**, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 7.436.246 de Angaité (Magdalena), residente en ciudad de Representante Legal de la **FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR**, con domicilio principal el Municipio de Saravena (Arauca), con NIT. 900705451-1, quien en adelante y para todos los efectos del presente Contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y por la otra parte, **EMILCEN CARDENAS CACERES**, identificada con la cédula de ciudadanía Nº. 40505123 expedida en Saravena, obrando en nombre propio, quien en adelante y para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, quien declara bajo la gravedad del juramento, que se entiende con la firma del presente Contrato, que no se halla incura en ninguna de las causas de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Constitución Política y la Ley, ni en conflicto de intereses, hemos convenido celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios, que se regulará por las cláusulas que a continuación se expresan y en general por las disposiciones del Código Civil aplicables a la materia de que trata este Contrato:

CLAUSULAS:

PRIMERA. - OBJETO: El CONTRATISTA de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestará los servicios a **EL CONTRATANTE (FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR)**, como **NUTRICIONISTA** en el marco del **CONVENIO DE ASOCIACIÓN N°177**, celebrado entre **LA ALCALDÍA MUNICIPAL** y **FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR**, cuyo objeto es: **"AUXILIAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE BIENESTAR MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA"**.

SEGUNDA. - TERMINO DEL CONTRATO: La vigencia del presente contrato será de 170 días, contados a partir del 10 de julio al 20 de diciembre de 2025.

TERCERA. - PRORROGA: Si vencido el plazo establecido para la ejecución del presente contrato, EL CONTRATANTE decide ampliar el plazo de vencimiento, se suscribirá minuta por las partes, que hará parte integral de este Contrato.

CUARTA. - NUEVO SERVICIO: Si finalizado el objeto del servicio contratado, EL CONTRATANTE necesita un nuevo servicio de EL CONTRATISTA, se deberá hacer un nuevo Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y no se entenderá como prorroga por desdoblamiento las causas contractuales que deriven origen a este Contrato.

QUINTA. - OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE EL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA se obliga, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones regales vigentes y, en especial, a las siguientes: 1. Analizar la minuta antes y verificar si satisfacen las necesidades nutricionales de los adultos mayores. 2. Aprobar el Menú o ajustar para asegurar una alimentación balanceada y adecuada para esta población. 3. Verificar el

Cra 28 B-177-24 Barrio Torrealba Saravena - Arauca - Tel: 314 439 2290 Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com www.fundacionlazosdeamor.org

Elaboración Contratos TH



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR
NIT 900705451-1

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUALES

OBJETO DEL CONTRATO	PORTAFOLIO DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR CARIATIVO MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO ARAUCA
CARGO:	PROYECTORA
NOMBRE:	
PERIODO REPORTADO:	

1. Realizar actividades, evaluación y apoyo individual o grupal para satisfacer las necesidades emocionales y sociales de los beneficiarios.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO FOTOGRAFICO

2. Evaluar necesidades individuales, ofrecer orientación personalizada y facilitar el aprendizaje

REGISTRO FOTOGRAFICO

3. Apoyar con actividades de autoayuda, prevención y sensibilización enfocadas en problemáticas específicas.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Cra 28 B-177-24 Barrio Torrealba Saravena - Arauca - Tel: 314 439 2290 Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com www.fundacionlazosdeamor.org

Elaboración y diseño Formatos informes TH



Registro fotográfico A.M



Bases de Datos A.M

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

2. SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS, PREVER LOS REQUERIMIENTOS Y MANTENER UNA BUENA RELACIÓN CON EL MISMO Y GARANTIZAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

Durante el periodo reportado, se realizaron actividades de supervisión a la ejecución de las actividades diarias que realiza el Talento Humano.

Asimismo, se realizan reuniones mensuales con el Talento Humano y/o cada vez que se requiera, propiciando escenarios de escucha, donde por áreas de atención, se socializan los avances y dificultades frente a la prestación del servicio, de este ejercicio se implementan acciones de mejora en aras de garantizar la satisfacción del servicio a nuestros Adultos mayores.

A continuación se detalla registro fotográfica de las actividades realizadas por las diferentes áreas de atención:

REGISTRO FOTOGRAFICO

VERIFICACION ACTIVIDADES ASISTENTES DE BIENESTAR



Limpieza, desinfección área de baños.

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



Limpieza, organización y adecuación de espacios internos - externos (pasillos-patios).



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



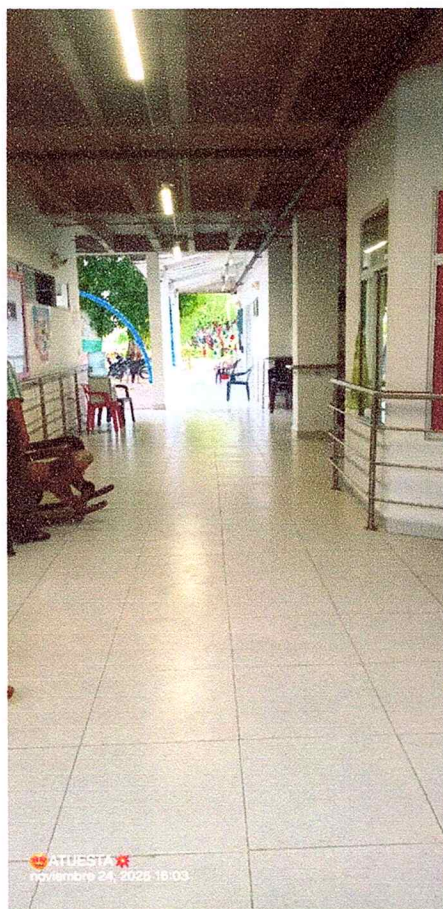
297

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFENCCION AREA HABITACIONES

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



VERIFICACIÓN SERVICIO DE ALIMENTACIÓN.

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

VERIFICACION ACTIVIDADES PSICOSOCIAL

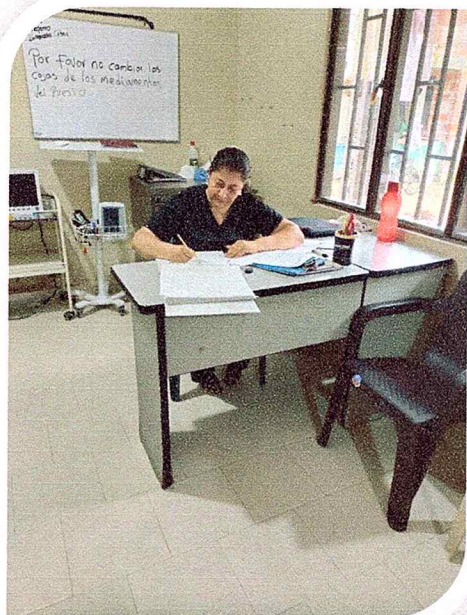


MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



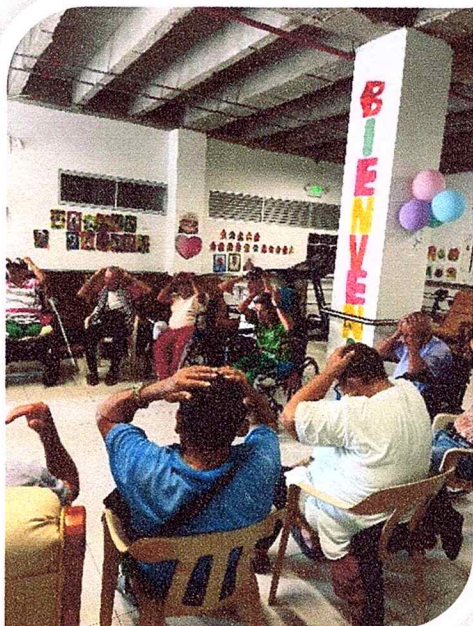
VERIFICACION ACTIVIDADES NUTRICION

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



VERIFICACION ACTIVIDADES LICENCIADO EDU FISICO

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

3. DIRIGIR LOS EQUIPOS DEL PROYECTO Y ESTABLECER LOS OBJETIVOS

Durante el periodo reportado, se realizaron acciones dirigidas al cumplimiento del objeto contractual, estableciendo objetivos a corto plazo, dinamizando las labores propias en la prestación del servicio con todo el Talento Humano.

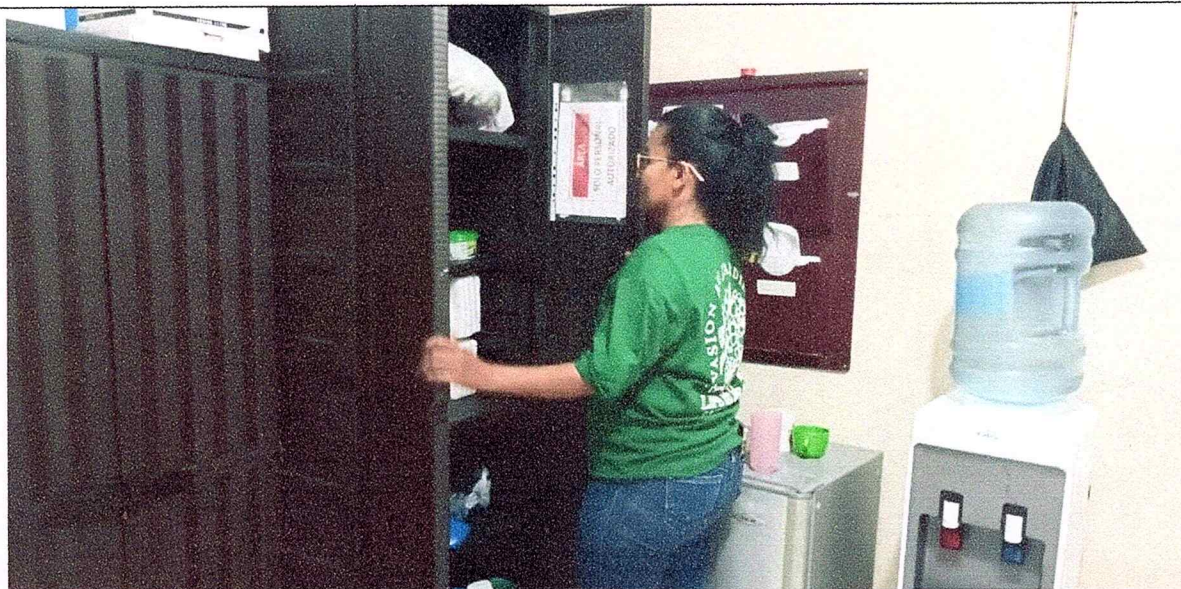
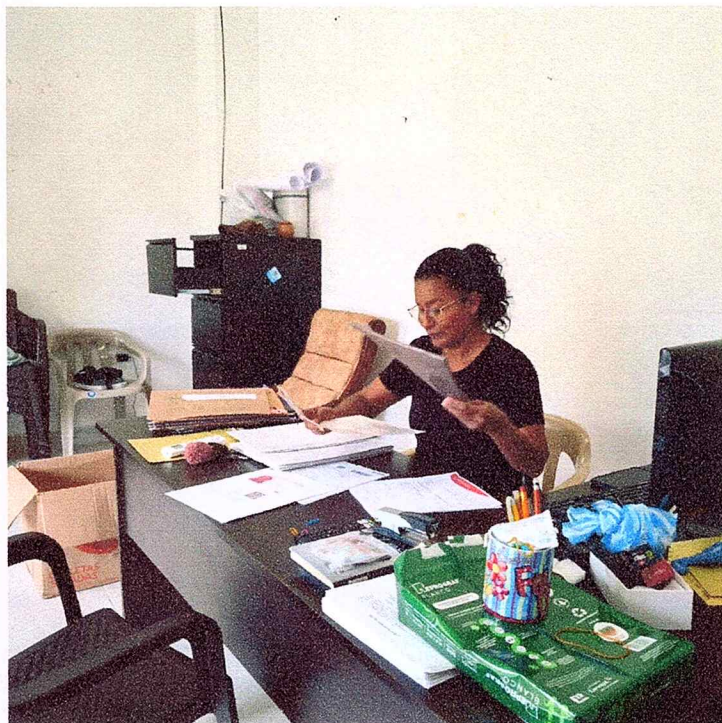
Así mismo, Se realizan reuniones por áreas tanto individuales como grupales en aras de implementar acciones correctivas, acciones preventivas, reparación de defectos, y se revisa de manera periódica el impacto de los cambios sobre el proyecto.

Se verifican las actividades realizadas por el Talento Humano y se dialoga con los adultos mayores, para conocer la percepción del servicio.

REGISTRO FOTOGRAFICO



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

4. ORIENTAR LAS ACTUACIONES DEL PROYECTO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA NECESARIAS DE MANERA COORDINADA CON OTRAS FUNCIONES.

Durante el periodo reportado, se han implementado acciones de mejora en aras de garantizar una mejor prestación de servicio con oportunidad y calidad, que garantice una mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores.

De acuerdo a la necesidad se han implementado las siguientes acciones de mejora:

- Se continua con la adecuación y mejoramiento de las instalaciones del Hogar Geriátrico
- Se realizo limpieza a los sardineles y alrededores del Hogar Geriátrico.

Asi mismo, y con el objetivo de orientar las actuaciones del proyecto, se mantiene constante comunicación con la Supervisora de Contrato, en aras de dar a conocer situaciones que se presentan en la prestación del servicio y que requieren de su apoyo y articulación en la misma.

Durante el mes de noviembre, se enviaron los siguientes correos electrónicos a la Supervisora del Contrato:

1. Correo electrónico de fecha 24 de noviembre de 2025, dando alcance a correo enviado el pasado 16 de octubre de 2025, referente a la entrega de la Contrapartida, de acuerdo a las facturas anexas.

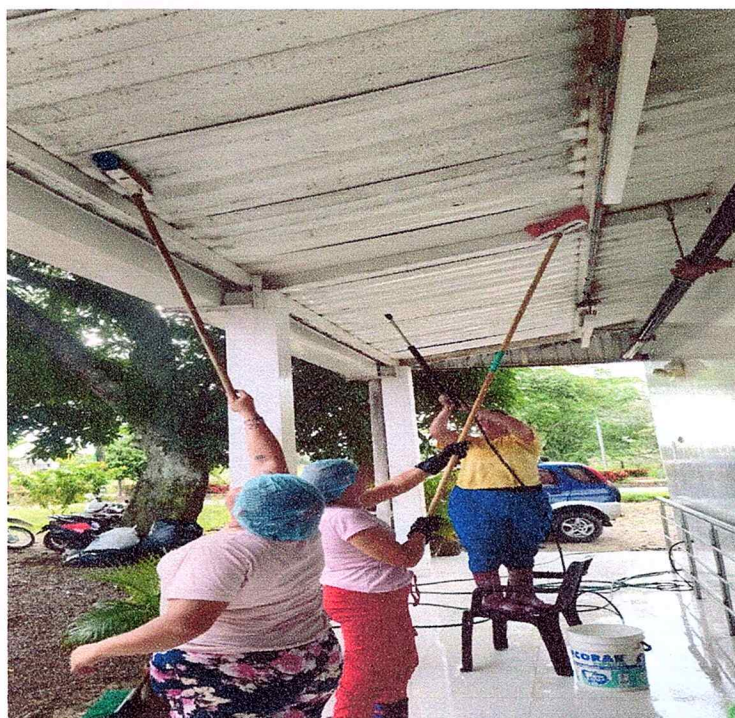
REGISTRO FOTOGRAFICO



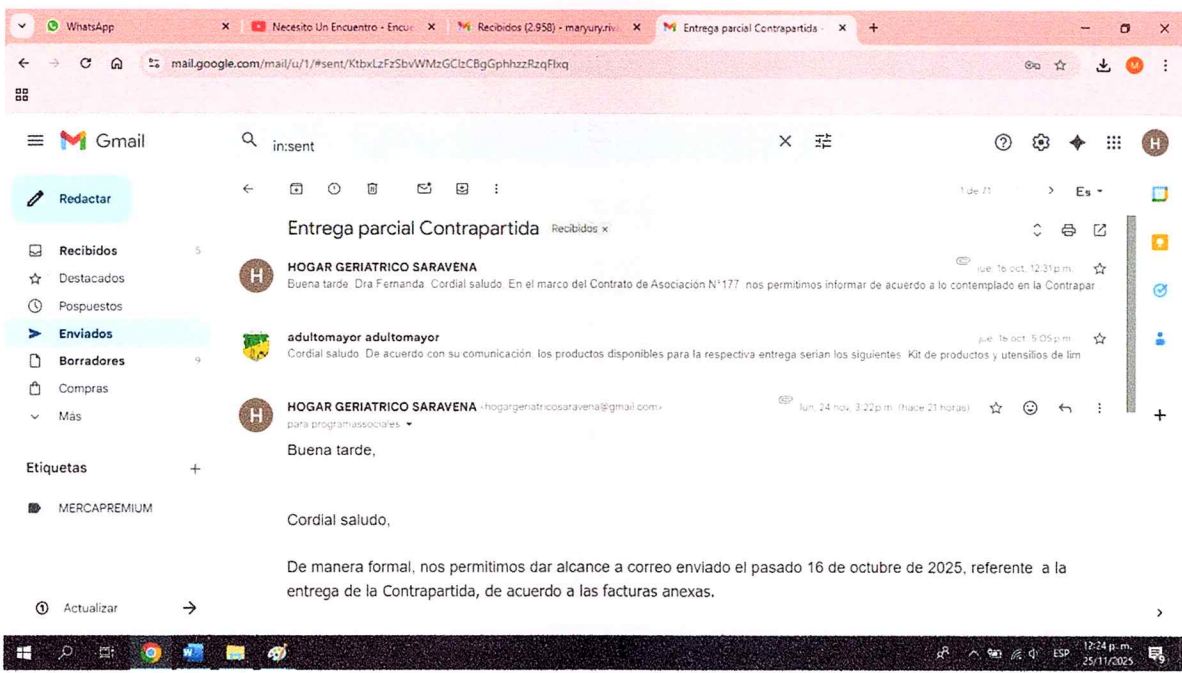
MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com



➤ Correo electrónico de fecha 24 de noviembre de 2025, dando alcance a correo enviado el pasado 16 de octubre de 2025, referente a la entrega de la Contrapartida, de acuerdo a las facturas anexas.

5. GESTIÓN DE INVENTARIOS, DISTRIBUCIÓN, TRANSPORTE A FINES DE LOGRAR LA OPTIMIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.

En el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios, se vela por el buen uso y distribución de los inventarios dispuestos para el buen funcionamiento del Hogar Geriátrico María Auxiliadora.

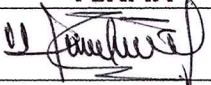
DOTACIÓN PUESTA A DISPOSICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES.

MARYURY RIVAS MARTINEZ
Admón. Financiera.
Celular 3144392290
Email: maryury.rivasmartinez@gmail.com

REGISTRO FOTOGRAFICO



EN CONSTANCIA FIRMA

PROFESIONAL	CARGO	FIRMA
MARYURY RIVAS MARTINEZ	Coordinadora	

Anexos

Contrato de Prestación de Servicios, Planilla Pago de seguridad social y Paz y Salvo.



RAZÓN SOCIAL :	MARYURY RIVAS MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-68249127
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-05
FECHA DE PAGO:	2025-12-04
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35164547
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35164547
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.900	\$ 14.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 420.700	\$ 420.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 08/01/2026

DATOS GENERALES														
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO EMISIÓN	PERÍODO VÁLIDO	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	CLASE MONEDA	TIPO EMPRESA	CÓDIGO OPERADOR	
CC	68249127	MARTURY RIVAS MARTINEZ		UNICO	0	0	2025-11	2025-11	35164547		1	PRIVADA	86	
DIRECCIÓN		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	TÉLEFONO	FAX									
CARRETERA 128 N 22 50		716	BOACUA	8820338	8820338									
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA														
NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC RESCATORIO	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	INTERESES LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES MORA	SALDO A PAGAR	NÚM APTILADOS	
037	900156264	178000	0	0	0	0	0	0	178000	0	0	178000	1	
TOTAL APORTES A PENSIONES POR ADMINISTRADORA														
NOMBRE EP	NIT EP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES MORA	FONDO SOL	INTERESES SOL	SALDO A PAGAR	NÚM APTILADOS			
0301	900224803	427800	0	0	0	0	0	0	0	227800	1			
TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA														
CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR MONTE	OTROS RIESGOS	# AUT INC	VALOR INC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES MORA	SUBTOTAL APORTES ANTERIORES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A PAGAR	NÚM APTILADOS		
033	860011153	14900	0	0	0	149 0	0	0	14900	0	0	14900		
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES														
NIT ARL	COT OBLIGACION ARL	VALOR INC	OTROS RIESGOS	# AUT INC	VALOR INC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES MORA	SUBTOTAL APORTES ANTERIORES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A PAGAR	NÚM APTILADOS		
033	860011153	14900	0	0	0	149 0	0	0	14900	0	0	14900		
TOTAL APORTES A ESAP														
VALOR		DÍAS MORA	INTERESES		TOTAL A PAGAR									
0		0	0		0									
NÚMERO ADMINISTRADORAS														
PENSIONES		1												
SALUD		1												
RIESGOS LABORALES		1												
CAJAS CONSOLIDACIÓN		0												
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA		0												
PENSIONES		227800												
SALUD		178000												
RIESGOS LABORALES		14900												
CAJAS CONSOLIDACIÓN		0												
ESNA		0												
ICBF		0												
REAP		0												
MINISTERIO		0												
GRAN TOTAL		432700												

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		VERSIÓN: 01
FORMATO DE HONORARIOS MENSUAL		FECHA: 10/07/2025
		CÓDIGO:

1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025		HOGAR GERIÁTRICO MARTA AUXILIADORA, MUNICIPIO DE SARAVENA	
FUNDACIÓN INTEGRAL LAZOS DE AMOR			
NIT: 906705451-1			

INFORMACIÓN FINANCIERA												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	CARGO	BANCO	TIPO CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	DÍAS	VALOR DÍA	TOTAL	DESCUENTO	TOTAL A PAGAR	RECIBIDO
1	MARYURY RIVAS MARTINEZ	68249127	COORDINADORA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100125042	30	\$ 126.000	\$ 3.780.000		\$ 3.780.000	Manuel Pabon
2	EMILCEN CARDENAS CACERES	40505123	NUTRICIONISTA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100166517	30	\$ 126.000	\$ 3.780.000		\$ 3.780.000	Manuel Pabon
3	JULIANA ALEJANDRA DUEÑAS RODRIGUEZ	1007191560	PSICOLOGA	DAVIVIENDA	AHORROS	488443914749	30	\$ 126.000	\$ 3.780.000		\$ 3.780.000	Manuel Pabon
4	SAMUEL ANTONIO PABON MORENO	1098634467	RECREACIONISTA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100149760	30	\$ 126.000	\$ 3.780.000	\$ 415.000	\$ 3.364.200	Manuel Pabon
5	SABRA HELENA RIVAS MARTINEZ	37398250	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100150537	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
6	MARIA DE LOS ANGELES PABON SARMIENTO	119380231	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100274626	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
7	EDWIN DAVID CARDONA SIERRA	1006407834	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100264619	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
8	MARLY JOHANA CACERES CACERES	1115722034	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	488444148636	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
9	EDITH CORREA SERRANO	1116496366	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100181755	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
10	HILDA CACERES GOMEZ	1115722028	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	488455344280	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
11	NUBIA ORTIZ RIATIGA	68246749	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DAVIVIENDA	AHORROS	506100151683	30	\$ 82.000	\$ 2.460.000	\$ 270.600	\$ 2.189.400	Manuel Pabon
12	BARBARA PORRAS VARGAS	60447177	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	488453332624	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
13	CARMEN OMAIRA ORTIZ ORTIZ	1115730101	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	506100274675	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
14	MARIA ZEHADA OSORIO GOMEZ	60351460	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	506100239918	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
15	DERY ALFREDO GONZALEZ GONZALEZ	1115742495	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	506100275995	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
16	ELKIN MARTIN CASTRO RAMIREZ	1095915935	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	506100182123	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
17	JOSE ALEXANDER PORTILLA MANITILLA	88161181	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	506100269725	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
18	MAGALI GOMEZ TRILLO	68248975	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	488453928828	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
19	LEIDY PAOLA ATUESTA ATUESTA	1115734669	ASISTENTE DE BIENESTAR	DAVIVIENDA	AHORROS	488453317908	30	\$ 67.000	\$ 2.010.000	\$ 221.100	\$ 1.788.900	Manuel Pabon
TOTAL									\$ 48.420.000	\$ 4.078.800	\$ 44.341.200	

Doctor W. Silva A.
VICTOR MANUEL SILVA ARIAS
Representante Legal

299t



FUNDACIÓN CRISTIANA LAZOS DE AMOR

NIT. 900705451-1

Saravena, 30 de noviembre de 2025.

PAZ Y SALVO.

Los abajo firmantes, nos permitimos **CERTIFICAR** que **LA FUNDACION CRISTIANA LAZOS DE AMOR**, con NIT 900705451-1, se encuentra a **PAZ Y SALVO**, con el pago de mis honorarios del periodo comprendido del 01 al 30 de noviembre de 2025; por los servicios prestados mediante Contrato de Prestación de Servicios, ejecutado en el Centro de Bienestar María Auxiliadora del Municipio de Saravena.

Atentamente;

Victor M. Silva A.

VICTOR M. SILVA ARIAS

R/ FUNDALAM

NIT 900705451-1

Maryury Rivas Martinez

MARYURY RIVAS MARTINEZ

Coordinadora

C.C 68.249.127