



PARAGUÁI
TEMBIGUEREKOITA
HA VIRUÑANGAREKO
MOTENONDEHA

ANEXO B-01-01 A

Anexo al Decreto N° 8759
RENDICIÓN DE CUENTAS
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

(1) ENTIDAD APORTANTE: MINISTERIO DE HACIENDA
(2) ENTIDAD BENEFICIARIA: ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE
(3) CORRESPONDIENTE AL PERIODO: JULIO - AGOSTO

RUC: 80027975-1

A) APOORTE TRANSFERIDO

Saldo Anterior (4)	Banco (5)	Orden de Transferencia N° (6)	Fecha de Orden de Transferencia (7)	Importe en Gs. (8)	Depositado en la Cuenta Bancaria de la Entidad Beneficiada N° (9)	Banco (10)
11.880.513	BANCO NACIONAL DE FOMENTO	10556	11/01/2024	33.522.727	0025230057617 502	BANCO CONTINENTAL
Total Transferido del periodo (11)						33.522.727
Saldo Acumulado (12) (Total del periodo + saldo anterior)						45.403.240

B) GASTOS

Tipo de Comprobante (13)	Comprobante N° (14)	Fecha (15)	RUC (16)	Timbrado N° (17)	Denominación (18)	Concepto (19)	Objeto del Gasto (20)	Importe en Gs. (21)	Observaciones (22)
b.1) GASTOS ADMINISTRATIVOS									
Factura	001-001-0009908	31/07/2023	3214968-9	16324061	Monica Lopez	HONORARIOS PROFESIONALES	145	500.000	
Factura	001-001-0009967	31/08/2023	3214968-9	16324061	Monica Lopez	HONORARIOS PROFESIONALES	145	500.000	
TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS (23)								1.000.000	
b.2) GASTOS MISIONALES									
Factura	001-012-0095799	24/07/2023	80026566-1	16483323	Super Pilar SA	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	341	174.000	Diferencia pagada con fondos propios
Factura	001-001-0000470	31/07/2023	2101036-6	16268857	Maura Robledo	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	3.500.000	
Factura	001-001-0000078	31/07/2023	2343770-7	16312613	Rosa Villamayor	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Liquidacion de salarios	252	31/07/2023	2935261	0	Fatima Amarilla Villalba	SUELDOS	111	2.439.139	
Liquidacion de salarios	253	31/07/2023	2991773	0	Maria Virginia Martinez	SUELDOS	111	1.369.973	
Liquidacion de salarios	841	31/07/2023	3513008	0	Patricia Godoy	SUELDOS	111	2.439.139	
Factura	001-001-0003196	31/07/2023	5801010-6	16480636	Jose Maria Dorelle	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0000010	31/07/2023	5929265-2	16319609	Shirley Gomez	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.850.000	
Planilla de sueldos	10924139	31/07/2023	80002269-6	0	IPS	APORTE JUBILATORIO DEL EMPLEADOR	134	1.750.883	
Factura	001-011-0105504	28/08/2023	80026566-1	16483323	Super Pilar SA	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	341	171.000	Diferencia pagada con fondos propios
Factura	001-001-0000474	31/08/2023	2101036-6	16268857	Maura Robledo	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	3.500.000	
Factura	001-001-0000079	31/08/2023	2343770-7	16312613	Rosa Villamayor	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Liquidacion de salarios	254	31/08/2023	2935261	0	Fatima Amarilla	SUELDOS	111	2.439.139	
Liquidacion de salarios	255	31/08/2023	2991773	0	Maria Virginia Martinez	SUELDOS	111	1.369.465	
Liquidacion de salarios	842	31/08/2023	3513008	0	Patricia Godoy	SUELDOS	111	1.855.638	
Factura	001-001-0003227	31/08/2023	5801010-6	16580673	Jose Maria Dorelle	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0000017	31/08/2023	5929265-2	16319609	Shirley Gomez	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.850.000	
Planilla de sueldos	10992323	31/08/2023	80002269-6	0	IPS	APORTE JUBILATORIO DEL EMPLEADOR	134	1.750.883	
TOTAL GASTOS MISIONALES (24)								34.459.259	

NOTA: LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

La constancia de presentación del formulario Anexo B-01-01 A a "Rendición de cuentas" a la Contraloría General de la Republica, no constituye un examen de rendición de cuentas presentada. El examen de cuentas será realizado posteriormente de acuerdo a las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y disposiciones legales establecidas.

Código Verificador: 1186461860



MINISTERIO DE
ECONOMÍA
Y FINANZAS
PARAGUAY

PARAGUÁI
TEMBIGUEREKOITA
HA VIRUÑANGAREKO
MOTENONDEHA

ANEXO B-01-01 A

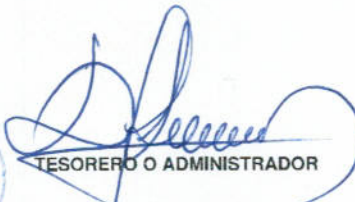
Anexo al Decreto N° 8759
RENDICIÓN DE CUENTAS
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

TOTAL GASTOS (25)	35.459.259
SALDO A RENDIR (26): (Item 12 - Item 25)	9.943.981

C) FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA ENTIDAD BENEFICIADA (27)


FIRMA DEL PRESIDENTE O
TITULAR
Firma, sello y aclaración

Ing. Guillermo Curtido González
PRESIDENTE A.P.A.E.H.


TESORERO O ADMINISTRADOR
Firma, sello y aclaración
Delsi M. Ramírez de Alvarez
TESORERA
APAEH


CONTADOR
REGISTRO N°
Lic. Mónica López de González
Contadora
RUC 3214968-9

NOTA: LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

La constancia de presentación del formulario Anexo B-01-01 A a "Rendición de cuentas" a la Contraloría General de la República, no constituye un examen de rendición de cuentas presentada. El examen de cuentas será realizado posteriormente de acuerdo a las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y disposiciones legales establecidas.

Código Verificador: 1186461860

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE		
Clase de Programa (2):		Administrativo		
Programa (3):		PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS		
Proyecto/Actividad (4):		TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO		
Sub Grupo (5)	Origen (6)	Fuente (7)	DESCRIPCION (8)	PRESUPUESTO (9)
150000	151000	10	Transferencias de la tesorería general	12,000,000
Total Ingresos (10)				12,000,000

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad



Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

- (1) Nombre de la Entidad: Registrar la denominación completa de la Entidad
(2) Tipo de Presupuesto: Registrar el Tipo de Presupuesto.

- (6) Origen del Ingreso : Registrar la Fuente del Origen del Ingreso.
(7) Fuente de Financiamiento: Denominación del Origen de los Fondos.
(8) Descripción : Registrar la Denominación completa del origen.
(9) Presupuesto: Monto del ingreso asignado.
(10) Total Ingresos: Sumatoria Total de los ingresos

Código Verificador: 1417333712

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE		
Clase de Programa (2):		Misional		
Programa (3):		TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO		
Proyecto/Actividad (4):		PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS		
Sub Grupo (5)	Origen (6)	Fuente (7)	DESCRIPCION (8)	PRESUPUESTO (9)
150000	151000	10	Transferencias de la tesorería general	114,045,454
Total Ingresos (10)				114,045,454

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad



Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

(1) Nombre de la Entidad: Registrar la denominación completa de la Entidad

(2) Tipo de Presupuesto: Registrar el Tipo de Presupuesto.

(6) Origen del Ingreso : Registrar la Fuente del Origen del Ingreso.

(7) Fuente de Financiamiento; Denominación del Origen de los Fondos.

(8) Descripción : Registrar la Denominación completa del origen.

(9) Presupuesto: Monto del ingreso asignado.

(10) Total Ingresos: Sumatoria Total de los ingresos

Código Verificador:

1894171801

PROGRAMACIÓN DE GASTOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE		
Clase de Programa (2):		Administrativo		
Programa (3):		PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS		
Proyecto/ Actividad (4):		TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO		
Obj. Gas. (5)	F.F (6)	Org. Fin. (7)	DESCRIPCIÓN (8)	PRESUPUESTO (9)
145	10	1	HONORARIOS PROFESIONALES	12,000,000
Total Ingresos (10)				12,000,000

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad



Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

(1) Nombre de la Entidad: Registrar la denominación completa de la Entidad
(2) Tipo de Presupuesto: Registrar el Tipo de Presupuesto.

(6) Origen del Ingreso : Registrar la Fuente del Origen del Ingreso.
(7) Fuente de Financiamiento: Denominación del Origen de los Fondos.
(8) Descripción : Registrar la Denominación completa del origen.
(9) Presupuesto: Monto del ingreso asignado.
(10) Total Ingresos: Sumatoria Total de los ingresos

PROGRAMACIÓN DE GASTOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE		
Clase de Programa (2):		Misional		
Programa (3):		PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS		
Proyecto/ Actividad (4):		TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO		
Obj. Gas. (5)	F.F (6)	Org. Fin. (7)	DESCRIPCIÓN (8)	PRESUPUESTO (9)
142	10	1	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	112,800,000
341	10	1	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	700,000
342	10	1	ÚTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA	545,454
Total Ingresos (10)				114,045,454

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad



Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

(1) Nombre de la Entidad: Registrar la denominación completa de la Entidad
(2) Tipo de Presupuesto: Registrar el Tipo de Presupuesto.

(6) Origen del Ingreso : Registrar la Fuente del Origen del Ingreso.
(7) Fuente de Financiamiento: Denominación del Origen de los Fondos.
(8) Descripción : Registrar la Denominación completa del origen.
(9) Presupuesto: Monto del ingreso asignado.
(10) Total Ingresos: Sumatoria Total de los ingresos

(1) PLANIFICACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS ENTREGADOS Y ASIGNACIÓN FINANCIERA

ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

Nombre de la Entidad (2):

Programa (3):

Proyecto y/o Actividad (4):

Resultado Esperado (5):

ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE

PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS

TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO

Atención integral a personas con discapacidad

(En Guaraníes)

Producto/Bienes o servicios (6)		Unidad de Medida (7)	Enero (8)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Anual
Personas		Personas	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3,000
Gastos Administrativos															
Cod. Grupo Cod. Subg./F/OF/Dpto (9)	Descripción (10)	Enero (11)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Anual	
145	HONORARIOS PROFESIONALES	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	12,000,000	
	Subtotal	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	12,000,000	
Gastos Misionales															
Cod. Grupo Cod. Subg./F/OF/Dpto (9)	Descripción (10)	Enero (11)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Anual	
142	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	9,400,000	112,800,000	
341	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,333	58,337	700,000	
342	ÚTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,454	45,460	545,454	
	Subtotal	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,787	9,503,797	114,045,454	
	Total	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,787	10,503,797	126,045,454	



Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

- 1) En este formulario se consignarán las metas productivas (resultados cuantitativos de la entrega de Bienes y/o Servicios) y la asignación financiera. Para esta última se deberán consignar las intenciones desde el nivel de Grupo, para luego continuar con los Subgrupos (Ejemplo: GRUPO 200 Servicios No Personales-
2) Nombre de la Entidad: Identificar y especificar según denominación completa de la Entidad.

Planificación y Distribución de la Producción

Planificación de la Asignación Financiera

Cod. Subgrupo/FF/OF/Dpto.: Por debajo del Costo Grupo se deberán consignar la codificación que identifica al Subgrupo, a la Fuente de Financiamiento, al Organismo Financiador y al Dpto. (Ejemplo: 230-10-199)