



PARAGUAY
TEMBIGUERAKOITA
HA VIRUNANGAREKO
MOTENONDEHA

ANEXO B-01-01 A

Anexo al Decreto N° 1092
RENDICIÓN DE CUENTAS
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

- (1) ENTIDAD APORTANTE:
(2) ENTIDAD BENEFICIARIA:
(3) CORRESPONDIENTE AL PERIODO:

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
ASOCIACION DE PADRES Y AMIGOS DEL EXCEPCIONAL HERNANDARIENSE
SEPTIEMBRE - OCTUBRE

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)
0	BANCO NACIONAL DE FOMENTO	26656	28/02/2025	21.007.575	0025230057517502	BANCO CONTINENTAL
Total Transferido del periodo (11)						21.007.575
Saldo Acumulado (12) (Total del periodo + saldo anterior)						21.007.575

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	001-001-0010924	30/09/2024	3214988-8	17193228	Monica Lopez	HONORARIOS PROFESIONALES	145	500.000	
Factura	001-001-0010963	31/10/2024	3214988-9	17193228	Monica Lopez	HONORARIOS PROFESIONALES	145	500.000	
TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS (23)								1.000.000	
b.2) GASTOS MISIONALES									
Factura	001-001-0031783	27/09/2024	5115116-2	17376027	Ruben Lopez	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	341	203.778	
Factura	001-001-0003532	27/08/2024	5801010-5	17453445	Jose Maria Dorelle	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0000117	27/09/2024	5929265-2	16319609	Shirley Gomez	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-002-0000970	27/09/2024	692955-9	17081743	Benigno Lopez	ÚTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA	342	280.000	
Factura	001-001-0000491	30/09/2024	2101036-6	16684531	Maura Robledo	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	3.500.000	
Factura	001-001-0000135	30/09/2024	2343770-7	17256735	Rosa Villamayor	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0024660	30/10/2024	1186811-0	17544708	Esmilda Bogado	ÚTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA	342	300.000	
Factura	001-001-0032510	30/10/2024	5115116-2	17376027	Ruben Lopez	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	341	203.778	
Factura	001-001-0000526	31/10/2024	2101036-6	17511550	Maura Robledo	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	3.500.000	
Factura	001-001-0000136	31/10/2024	2343770-7	17256735	Rosa Villamayor	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0003564	31/10/2024	5801010-6	17571872	Jose Maria Dorelle	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
Factura	001-001-0000123	31/10/2024	5929265-2	16319609	Shirley Gomez	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	2.000.000	
TOTAL GASTOS MISIONALES (24)								19.987.556	
TOTAL GASTOS (25)								20.987.556	
SALDO A RENDIR (26) (Item 22 - Item 25)								20.987	

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

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: 1059697571



PARAGUÁI
TEMBIGUERREKOITA
HA VIRUNANGAREKO
MOTENONDEHA

ANEXO B-01-01 A

GUILLERMO
CURTIDO GONZALEZ

Firmado digitalmente por
GUILLERMO CURTIDO GONZALEZ
Fecha: 2025.02.26 15:38:53 -03'00'

FIRMA DEL PRESIDENTE O
TITULAR

Firma, sello y aclaración



Anexo al Decreto N° 1092
RENDICIÓN DE CUENTAS
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO
DELSI MABEL
RAMIREZ DE ALVAREZ

Firmado digitalmente por DELSI
MABEL RAMIREZ DE ALVAREZ
Fecha: 2025.02.26 15:39:44 -03'00'

TESORERO O ADMINISTRADOR

Firma, sello y aclaración

MONICA
YANIS LOPEZ
DE GONZALEZ

Firmado digitalmente
por MONICA YANIS
LOPEZ DE GONZALEZ
Fecha: 2025.02.26
15:40:37 -03'00'

CONTADOR

REGISTRO N°

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: 1059697571

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

GUILLERMO
O CURTIDO
GONZALEZ

Firmado digitalmente
por GUILLERMO
CURTIDO GONZALEZ
Fecha: 2024.09.09
14:40:06 -04'00'

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ

Firmado digitalmente
por DELSI MABEL
RAMIREZ DE ALVAREZ
Fecha: 2024.09.09
14:42:52 -04'00'

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

GUILLERMO
CURTIDO
GONZALEZ

Firmado digitalmente
por GUILLERMO
CURTIDO GONZALEZ
Fecha: 2024.09.09
14:40:28 -04'00'

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ

Firmado digitalmente
por DELSI MABEL
RAMIREZ DE ALVAREZ
Fecha: 2024.09.09
14:44:02 -04'00'

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):		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

GUILLERMO
CURTIDO
GONZALEZ

Firmado digitalmente por
GUILLERMO
CURTIDO GONZALEZ
Fecha: 2024.09.09
14:40:54 -04'00'

DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ

Firmado digitalmente
por DELSI MABEL
RAMIREZ DE ALVAREZ
Fecha: 2024.09.09
14:44:19 -04'00'



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

GUILLERMO
O
CURTIDO
GONZALEZ

Firmado digitalmente por
GUILLERMO
CURTIDO
GONZALEZ
Fecha: 2024.09.09
14:41:11 -04'00'

DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ

Firmado digitalmente por DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ
Fecha: 2024.09.09
14:44:35 -04'00'



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

DELSI
MABEL
RAMIREZ
DE
ALVAREZ

Firmado
digitalmente por
DELSI MABEL
RAMIREZ DE
ALVAREZ

Fecha:
2024.09.09
14:44:59 -04'00'

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 Cod.Grupo se deberán consignar la codificación que identifica al Subgrupo, a la Fuente de Financiamiento, al Organismo Financiador y al Dpto. (Ejemplo: 233-10-1-99)

GUILLER
MO
CURTIDO
GONZALE
Z

Firmado
digitalmente
por GUILLERMO
CURTIDO
GONZALEZ

Fecha:
2024.09.09
14:41:41 -04'00'

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Planificación y Distribución de la Producción

Planificación de la Asignación Financiera

Cod. Subgrupo(FF/OF/Dpto.). Por debajo del Cod.Grupo se deberán consignar la codificación que identifica al Subgrupo, a la Fuente de Financiamiento, al Organismo Financiador y al Dpto. (Ejemplo: 233-10-1-99)