

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

(1) ENTIDAD APORTANTE: MINISTERIO DE HACIENDA
(2) ENTIDAD BENEFICIARIA: FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE
(3) CORRESPONDIENTE AL PERIODO: NOVIEMBRE - DICIEMBRE

RUC: 80059414-2

A) APORTE 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)
1,538,666	BANCO NACIONAL DE FOMENTO	10519	11/01/2024	28.333.334	0300000001364 968	BANCO FAMILIAR
Total Transferido del periodo (11)						28.333.334
Saldo Acumulado (12) (Total del periodo + saldo anterior)						29.872.000

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	001-001-0002667	30/11/2023	2240260-8	13113619	ELISA GONSALES ROA	HONORARIOS PROFESIONALES	145	1.400.000	
Factura	001-001-0002702	29/12/2023	2240260-8	13113619	ELISA GONSALES ROA	HONORARIOS PROFESIONALES	145	1.400.000	
TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS (23)								2.800.000	
b.2) GASTOS MISIONALES									
Factura	001-001-0000627	10/11/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	450.000	
Factura	001-001-0000828	15/11/2023	1619065-3	16770137	LEIDY FABIOLA GOIBURU DURE	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.950.000	
Factura	001-003-0000079	15/11/2023	989673-2	16451617	LONNI MARIA GALEANO FRUTOS	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO	358	2.400.000	
Factura	001-001-0003229	16/11/2023	1238610-3	16575005	DERLIS RAUL FLORENTIN	ALIMENTOS PARA PERSONAS	311	2.470.000	
Factura	001-001-0000628	18/11/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	300.000	
Factura	001-001-0000629	28/11/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	450.000	
Factura	001-001-0000830	29/11/2023	1619065-3	16770137	LEIDY FABIOLA GOIBURU DURE	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.950.000	
Factura	001-003-0000089	30/11/2023	989673-2	16451617	LONNI MARIA GALEANO FRUTOS	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO	358	2.400.000	
Factura	001-001-0000631	11/12/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	450.000	
Factura	001-001-0000831	14/12/2023	1619065-3	16770137	LEIDY FABIOLA GOIBURU DURE	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.950.000	
Factura	001-001-0003234	15/12/2023	1238610-3	16575005	DERLIS RAUL FLORENTIN	ALIMENTOS PARA PERSONAS	311	2.152.000	LA DIFERENCIA FUE ABONADO CON FONDO PROPIO
Factura	001-001-0001051	15/12/2023	2898915-5	16853252	DEUM JIK PARK	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO	358	2.400.000	
Factura	001-001-0001055	15/12/2023	2898915-5	16853252	DEUM JIK PARK	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y	352	1.500.000	

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: 1102209279


Anexo al Decreto N° 8759

**RENDICIÓN DE CUENTAS
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO**

Factura	001-001-0000633	19/12/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	300.000	
Factura	001-001-0003801	22/12/2023	3516000-4	16330698	BLAS EMILIO ARRIA VALIENTE	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	341	1.150.000	
Factura	001-001-0000635	27/12/2023	2502905-3	16801886	NORA M. AGUERO CANDIA	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	450.000	
Factura	001-001-0001056	28/12/2023	2898915-5	16853252	DEUM JIK PARK	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO	358	2.400.000	
Factura	001-001-0000832	29/12/2023	1619065-3	16770137	LEIDY FABIOLA GOIBURU DURE	CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD	142	1.950.000	
TOTAL GASTOS MISIONALES (24)								27.072.000	

TOTAL GASTOS (25)	29.872.000
SALDO A RENDIR (26) (Item 12 - Item 25)	0

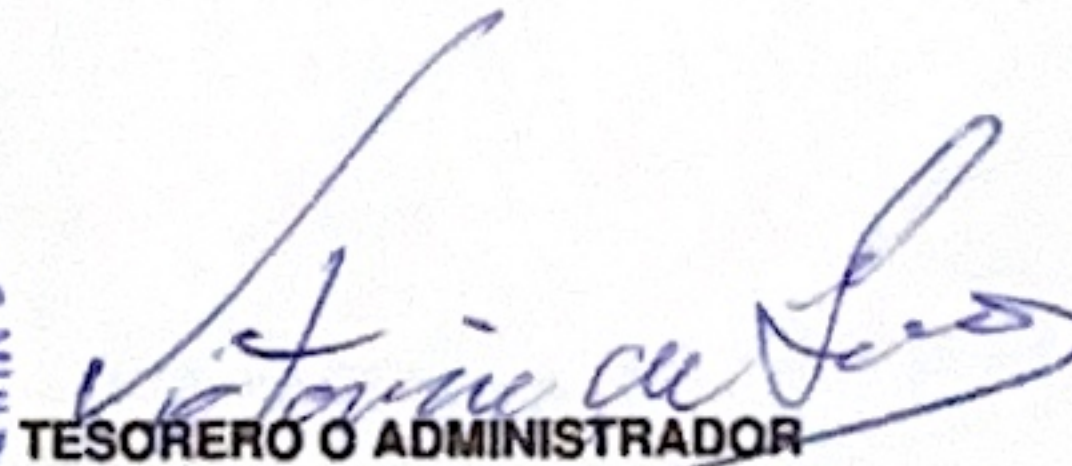
C) FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA ENTIDAD BENEFICIADA (27)


FIRMA DEL PRESIDENTE O TITULAR

Firma, sello y aclaración

TERESA MENDIETA CANDIA
PRESIDENTA F.E.E.M.




TESORERO O ADMINISTRADOR

Firma, sello y aclaración

Victoriana M. de González
Tesorera F.E.E.M.


CONTADOR

REGISTRO N°

Rosa Gonzales Roa
Contadora
RUC: 2240260-8
Tel: (021) 395.376

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: 1102209279

(1) PLANIFICACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS ENTREGADOS Y ASIGNACIÓN FINANCIERA
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

ANEXO B-01-01 D

Nombre de la Entidad (2): FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE
Programa (3): PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS
Proyecto y/o Actividad (4): TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO
Resultado Esperado (5):

(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
ASISTENCIA A ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE	PERSONAS	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,335,000	15,800,000
Gastos Administrativos														
Cod. Grupo Cod. Subg./FF/OF/Dpto (9)	Descripción (10)	Enero (11)	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Anual
145	HONORARIOS PROFESIONALES	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	15,600,000
Subtotal		1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	1,300,000	15,600,000
Gastos Misionales														
Cod. Grupo Cod. Subg./FF/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	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	5,100,000	61,200,000
311	ALIMENTOS PARA PERSONAS	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	2,800,000	33,600,000
341	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	190,000	210,000	2,300,000
352	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MEDICINALES	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	325,000	3,900,000
358	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE LABORATORIO	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	3,600,000	43,200,000
Subtotal		12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,015,000	12,035,000	144,200,000

Código Verificador: 1248081910



	Total	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,315,000	13,335,000	159,800,000
--	-------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------



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 mismas 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: 230-10-1-99)

PROGRAMACIÓN DE GASTOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE		
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	15,600,000
Total Ingresos (10)				15,600,000



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: 1844462705

PROGRAMACIÓN DE GASTOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE		
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	61,200,000
311	10	1	ALIMENTOS PARA PERSONAS	33,600,000
341	10	1	ELEMENTOS DE LIMPIEZA	2,300,000
352	10	1	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y MEDICINALES	3,900,000
358	10	1	ÚTILES Y MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE	43,200,000
Total Ingresos (10)				144,200,000



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: 1735367973

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE		
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	151010	10	Recursos del Tesoro	15,600,000
Total Ingresos (10)				15,600,000



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: 1894218409

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE		
Clase de Programa (2):		Misional		
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	151010	10	Recursos del Tesoro	144,200,000
Total Ingresos (10)				144,200,000



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: 1670767504

Información sobre la Entidad

Para acceder a la primera cuota del Rubro 842 "Aportes a Entidades Educativas e Instituciones sin Fines de

Registro Único del Contribuyente (RUC) (1)	Denominación Completa o Razón Social (2)	Tipo de Entidad Beneficiaria (*) (3)	Misión (4)	Departamento /Distrito/Localidad (5)
80059414-2	FUNDACION PARA ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE	FUNDACION	LA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ENFERMOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE Y SU ENTORNO CON EL FIN DE BRINDAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA A LOS MISMOS	ASUNCION

(*) Asociaciones, ONG'S, Comisión Vecinal, etc.

Información sobre Aplicación de los fondos

Proyecto (6)	Objetivo General (7)	Monto Anual Presupuestado (8)	Sector de Aplicación de los Fondos (9)	Población a ser Beneficiada (10)	Cantidad Estimada de Beneficiados (11)	Duración del Proyecto (12)
ATENCION INTEGRAL A ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE	ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL PROVISION DE MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES Y ALIMENTOS BASICOS	159800000	ENFERMOS CON ESCLEROSIS MULTIPLE	12 A 15	15	12 meses

La Entidad sin Fines de Lucro declara bajo Fe de Juramento que los datos consignados en el formulario son correctos y han sido confeccionados sin omitir dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de verdad.



Pte. de la Fundación



Tesorero de la Fundación

- (1) RUC: Se debe identificar el Registro Único de Contribuyente de la Entidad que recibe la transferencia.
 (2) DENOMINACIÓN COMPLETA O RAZÓN SOCIAL: Se debe indicar el nombre de la entidad a la cual se transfieren los fondos.
 (3) TIPO DE ENTIDAD BENEFICIARIA: Precisar la naturaleza de la Entidad que recibe la transferencia de fondos (Asociaciones, ONG's, Comisión Vecinal, etc.)
 (4) MISIÓN: Se debe identificar el propósito esencial que le da carácter constitutivo a la Entidad a la que se le transfieren los fondos.
 (para qué existe, razón de ser del ente, finalidad para la cual fue creada la Entidad)
 (5) DEPARTAMENTO/DISTRITO/LOCALIDAD: Especificar el Departamento, Distrito, Ciudad o Localidad en la cual se encuentra asentada la oficina de la Entidad.
 (6) PROYECTO: Indicar el nombre asignado al proyecto propuesto por la Entidad para la aplicación de los fondos a ser transferidos.
 (7) OBJETIVO GENERAL: Se debe identificar el objetivo general o el impacto que se espera conseguir con la implementación del Proyecto.
 (8) MONTO ANUAL PRESUPUESTADO: Corresponde al monto que la Entidad planifica recibir durante el Ejercicio Fiscal vigente.
 (9) SECTOR DE APLICACION DE LOS FONDOS: Se debe especificar el sector social al que se aplicarán los fondos a ser transferidos a la Entidad.
 (10) POBLACION A SER BENEFICIADA: Número potencial de beneficiarios que harán uso del bien o servicio asistencial prestado a través del Proyecto.
 (11) CANTIDAD ESTIMADA DE BENEFICIADOS: Se debe especificar el número de beneficiados.
 (12) DURACIÓN DEL PROYECTO: Se debe indicar la duración del proyecto en meses.
 NOTA: LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA

Código Verificador: 679696938