

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)
80085740-2	ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA	Asociación	La atención a una comunidad indígena del Chaco paraguayo en situación de extrema pobreza a fin de paliar las necesidades básicas de subsistencia y dignificar a las personas a través de la evangelización	XV Dpto. de Pte Hayes. Chaco – Paraguay

(*) 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)
Atención a la Comunidad Indígena del Chaco paraguayo: Santa Elisa.	Atención a la comunidad de SANTA ELISA respetando su identidad histórica y cultural.	94000000	Familias nativas del Chaco paraguayo	Familias nativas.	168	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.

Pablina Diaz Penayo

Juana Maria Araujo Miranda

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: 207539594

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA		
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	6,000,000
Total Ingresos (10)				6,000,000

Pablina Diaz Penayo

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Juana Maria Araujo Miranda

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: 1014930534

PROGRAMACIÓN DE INGRESOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA		
Clase de Programa (2):		Misional		
Programa (3):		Partidas no asignables a Programas		
Proyecto/Actividad (4):		Transferencias diversas de Estado		
Sub Grupo (5)	Origen (6)	Fuente (7)	DESCRIPCION (8)	PRESUPUESTO (9)
150000	151010	10	Recursos del Tesoro	88,000,000
Total Ingresos (10)				88,000,000

Pablina Diaz Penayo

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Juana Maria Araujo Miranda

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: 1651728526

PROGRAMACIÓN DE GASTOS				
ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO				
Nombre de la Entidad (1):		ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA		
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	6,000,000
Total Ingresos (10)				6,000,000

Pablina Diaz Penayo

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Juana Maria Araujo Miranda

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: 1145228653

PROGRAMACIÓN DE GASTOS

ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

Nombre de la Entidad (1):			ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA	
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)
311	10	1	ALIMENTOS PARA PERSONAS	78,400,000
361	10	1	COMBUSTIBLES	9,600,000
Total Ingresos (10)				88,000,000

Pablina Diaz Penayo

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad

Juana Maria Araujo Miranda

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: 1219350591

(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): ASOCIACION HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL - ATENCION AL INDIGENA
Programa (3): PARTIDAS NO ASIGNABLES A PROGRAMAS
Proyecto y/o Actividad (4): TRANSFERENCIAS DIVERSAS DEL ESTADO
Resultado Esperado (5): Dignificar la vida de las personas nativas en extrema pobreza

(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
Familias	Personas	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	2,016
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	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	6,000,000
Subtotal		500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	500,000	6,000,000
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
311	ALIMENTOS PARA PERSONAS	6,533,333	6,533,333	6,533,333	6,533,333	6,533,333	6,533,334	6,533,333	6,533,334	6,533,333	6,533,334	6,533,333	6,533,334	78,400,000
361	COMBUSTIBLES	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	800,000	9,600,000
Subtotal		7,333,333	7,333,333	7,333,333	7,333,333	7,333,333	7,333,334	7,333,333	7,333,334	7,333,333	7,333,334	7,333,333	7,333,334	88,000,000
Total		7,833,333	7,833,333	7,833,333	7,833,333	7,833,333	7,833,334	7,833,333	7,833,334	7,833,333	7,833,334	7,833,333	7,833,334	94,000,000

Pablina Diaz Penayo

Firma, sello y aclaración de la Máxima Autoridad



Juana Maria Araujo Miranda

Firma, sello y aclaración del Tesorero o Administrador

- 1) En este formulario se consignaran 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)