

# LIQUIDACION DE SALARIOS

118

(Conforme al Art. 236 del C. del T.)

Empleador : Asociacion Personas con Discapacidad, Familiares y Amigos de Saraki Número Patronal : 99.386

Apellido y Nombre del trabajador : Lopez, Cecilia

Periodo de Pago 24 al 31 de Mayo del 2024

Salario Basico	Horas Extras	otras Retrib.	Total Salario	Descuentos		Total Descuentos	Saldo a Cobrar
				I.P.S.	Ant/Prest/Aus.		
1.050.000		-	1.050.000	94.500	-	94.500	955.500

Letras: NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS

Fecha: 31/05/2024

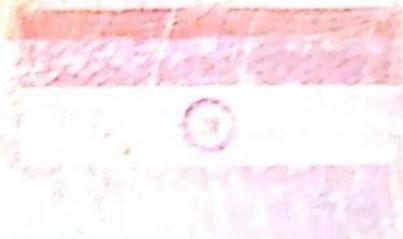
FIRMA DEL EMPLEADO

Fondo Transferido por Ministerio de Economía y Finanzas  
Año: 2024  
Periodo transferido o bimestre devengado: MAY-JUN  
Firma del Contador: Atribución: RUC: 302753070



# REPUBLICA DEL PARAGUAY

## Cédula de Identidad Civil



APELLIDOS, NOMBRES

LOPEZ AYALA

MARIA CECILIA

FECHA DE NACIMIENTO

17-12-1997

LUGAR DE NACIMIENTO

ASUNCION

FECHA DE VENCIMIENTO

21-09-2027

SEXO

Femenino



4975599

FIRMA INTERESADO



## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

En la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 24 días del mes de mayo del año 2024, por una parte la **Sra. María Da Gloria Von Eckstein**, con cédula de identidad policial número **999.171**, de nacionalidad paraguaya, y el **Sr. Luis Alberto Aguilera Allende**, con cédula de identidad policial número **228.915**, de nacionalidad paraguaya, con domicilio a los efectos del presente acto en Dr. Hassler Nro 6450 casi RI 2 Ytororo, en representación de la **ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAQUI**, en adelante denominada **EL EMPLEADOR**; y por la otra parte la **Srta. Maria Cecilia Lopez Ayala**, mayor de edad, con CI N° **4.975.599**, con domicilio en 6 de mayo 2512 entre Emilio Hassler y profesor Fernández, y para estos efectos denominada **LA TRABAJADORA**, quienes convienen celebrar el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO**, el cual se regirá por las normas laborales vigentes y por las siguientes cláusulas y condiciones que a continuación se enumeran: -----

**PRIMERA:** -----

**EL EMPLEADOR** contrata a **LA TRABAJADORA** para que se desempeñe como Asesor Empresarial para el “Empleo con calidad y dignidad para Personas con Discapacidad” -----

**SEGUNDA:** -----

El lugar de la prestación contratada o lugar de trabajo será el local de la **ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAQUI**, sito en Dr. Hassler Nro. 6450 c/ RI2 Ytororo, al cual **LA TRABAJADORA** llegará por sus propios medios, o aquél o aquellos lugares que **EL EMPLEADOR** le indique para el mejor cumplimiento de la asignación de su cometido. -----

**TERCERA:** -----

El horario de trabajo a ser cumplido será de 08:00 a 18:00 horas de lunes a viernes, teniendo un periodo de descanso de 12:00hs a 13:00hs y los días sábados de 09:00hs a 12:00hs. Toda variación del horario de trabajo que la Institución se viera obligada a realizar, será notificada la **TRABAJADORA** con un lapso de veinticuatro horas de anticipación. -----

**CUARTA:** -----

**LA TRABAJADORA** percibirá por parte de **EL EMPLEADOR** en concepto de remuneración mensual por su trabajo desempeñado la suma de Gs 4.500.000 (guaraníes Cuatro millones quinientos mil), acordándose como fecha de pago el día 30 de cada mes vencido o el día hábil inmediatamente posterior. Se establece como lugar de pago el lugar de trabajo. **LA TRABAJADORA** recibirá conjuntamente con sus haberes una hoja de liquidación salarial en la que constará el salario percibido, los descuentos legales realizados, los anticipos salariales y otros que tengan relación con la suscripción y ejecución del presente contrato. -----

**QUINTA:** -----

El Contrato tendrá vigencia desde el 24 de mayo de 2024 -----



SEXTA: -----

EL EMPLEADOR proporcionará los recursos materiales, herramientas y equipos necesarios para el buen desempeño de las asignaciones encomendadas a LA TRABAJADORA, y este se compromete a cuidarlos, conservarlos, darles el uso debido y devolverlos el término del contrato. -----

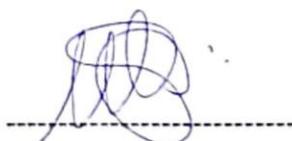
SÉPTIMA: -----

LA TRABAJADORA se obliga a dar cumplimiento a las normas de desempeño de sus funciones; a ejercer su cargo con la máxima diligencia posible, solvencia profesional y moral posible; y conocer, cumplir y hacer cumplir el reglamento interno de la institución. De acuerdo al Art. 58 b) del Código Laboral, se establece como periodo de prueba en la Etapa Inicial del contrato 30 (treinta) días. -----

OCTAVA: -----

LA TRABAJADORA manifiesta que sus funciones serán las estipuladas para el cargo de Asesor Empresarial para el "Empleo con calidad y dignidad para Personas con Discapacidad" comprometiéndose a realizar las funciones con la mayor integridad posible que de dicho cargo se esperan de acuerdo a las instrucciones emitidas por la Directiva de la ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAKI. -----

Estando los firmantes de acuerdo con todas las cláusulas y condiciones anteriormente mencionadas, reconociendo los tribunales de Asunción como fuero para cualquier controversia quienes previa lectura de las mismas se ratifican y firman en la fecha indicada en dos ejemplares de un mismo tenor y efecto en el acápite del presente contrato en prueba de su aceptación y conformidad. -----



Trabajadora

Maria Cecilia Lopez Ayala

C.I. N° 4.975.599



Empleador

Maria Da Gloria Von Eckstein

C.I. N° 999.171



Empleador

Luis Aguilera Allende

C.I. N° 288.915

RESOLUCIÓN DT-CIT N° 1.036 / 24

**POR LA CUAL SE HOMOLOGA Y REGISTRA EL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO, SUSCRITO ENTRE LA FIRMA "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI" Y LA TRABAJADORA. -----**

Asunción, 21 de junio de 2024

**VISTO:** La presentación realizada por la firma "**ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI**", con RUC N° 80109018-0 y Registro Patronal MTESS N° 99.386; ante la Autoridad Administrativa del Trabajo, a través del Sistema REOP - Solicitud Número 27033/24, y;

**CONSIDERANDO:**

**Que,** la mencionada firma recurrente solicita a la Autoridad Administrativa del Trabajo la Homologación y Registro del Contrato Individual de Trabajo, suscrito con (1) una trabajadora. -----

**Que,** el Art. 45° del Código del Trabajo, expresa: "El contrato de trabajo escrito, su modificación o prórroga, se redactarán en tantos ejemplares como sean los interesados, debiendo conservar uno cada parte. Su documentación estará exenta de todo impuesto. Cualquiera de las partes podrá solicitar su homologación y registro a la Dirección del Trabajo". -----

**Que,** actualmente rige la Resolución MTESS N° 1272/2021 de fecha 14 de setiembre de 2021 "POR LA CUAL SE APRUEBA EL PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO PARA LA HOMOLOGACIÓN Y REGISTRO DE LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE TRABAJO ANTE LA DIRECCIÓN DE TRABAJO, DEPENDIENTE DEL VICEMINISTERIO DE TRABAJO DEL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL". -----

**Que,** verificado el Contrato Individual de Trabajo presentado por la referida firma, el mismo reúne los requisitos establecidos en el Art. 46° del Código del Trabajo, que dispone: "En el contrato de trabajo escrito se consignarán los siguientes datos y cláusulas: a) Lugar y fecha de celebración; b) Nombres, apellidos, edad, sexo, estado civil, profesión u oficio, nacionalidad y domicilio de los contratantes; c) Clase de trabajo o servicios que deban prestarse y el lugar o lugares de su prestación; d) Monto, forma y período de pago de la remuneración convenida; e) Duración y división de la jornada de trabajo; f) Beneficios que suministre el empleador en forma de habitación, alimentos y uniformes, si el empleador se ha obligado a proporcionarlos y la estima de su valor; g) Las estipulaciones que convengan las partes; y, h) Firma de los contratantes o impresión digital cuando no supiesen o pudiesen firmar, en cuyo caso se hará constar este hecho, firmando otra persona a ruego. En este último caso, lo hará por ante el Juez de Paz de la Jurisdicción, escribano público o el secretario general del sindicato respectivo, si lo hubiese". -----

**Que,** los requerimientos legales exigidos, en el Art. 41° del Código del Trabajo, establece: "Se considerará como nula toda cláusula del contrato en la que una de las partes abuse de la necesidad o inexperiencia del otro contratante, para imponerle condiciones injustas o no equitativas". -----

...//..

Abg. Jesús Echaúri Couchonnal  
Director del Trabajo



RESOLUCIÓN DT-CIT Nº 1.036/24

**POR LA CUAL SE HOMOLOGA Y REGISTRA EL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO, SUSCRITO ENTRE LA FIRMA "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI" Y LA TRABAJADORA. -----**

Asunción, 21 de Junio de 2024

../2..

**Que,** es competencia de la Dirección del Trabajo, la Homologación y Registro de los Contratos Individuales de Trabajo, suscrito entre las partes, conforme a las disposiciones legales vigentes. -----

**POR TANTO,** de conformidad a las facultades conferidas por el Código del Trabajo y en uso de sus atribuciones. -----

**EL DIRECTOR DEL TRABAJO  
RESUELVE:**

**Art. 1º.- HOMOLOGAR Y REGISTRAR** el Contrato Individual de Trabajo, suscrito entre la firma "ASOCIACION PERSONAS CON DISCAPACIDAD, FAMILIARES Y AMIGOS DE SARAHI", con RUC Nº 80109018-0, Registro Patronal MTESS Nº 99.386 y la trabajadora, cuyos datos se detallan en el cuadro siguiente:

Nº	TRABAJADORA NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.C. Nº
1	María Cecilia López Ayala	4.975.599

**Art. 2º.- ANOTAR,** comunicar a quienes corresponda y cumplido archivar. -----

DC/zbv

  
**Abg. Jesús Echaurre Couchonnal**  
Director del Trabajo



**INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL**  
**Constancia de Entrada del Asegurado**

07-11-2024 08:30:49

**DATOS DEL ASEGURADO**

CI Nro: 4975599	Origen Doc: PARAGUAYA
Ide Asegurado: 2905009	
Apellidos: LOPEZ AYALA	
Nombres: MARIA CECILIA	
Tipo Asegurado: COTIZANTE GENERAL	
Fecha Entrada: 28-05-2024	
Fecha Proceso: 30-05-2024	
Lugar Entrada: CAPITAL	Nro. Transacción: 48330656
Tipo Entrada: MOVIMIENTOS POR EL REI EXTERNO	
Observación:	
Fecha Impresión: 07-11-2024 08:30:49	Usuario Impresión: 999171
Procesado Por: 999171	En Fecha: 30-05-2024

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Empleador: 0006-82-03885 ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS
Ide Empleador: 254319
Domicilio: DR HASSLER C/ R10 YTORORO 6450 e/ SD y -

El empleador ha presentado la comunicación de entrada del asegurado en fecha más arriba mencionada, y con sus respectivos datos personales

ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS

**CÓDIGO VERIFICADOR**



=====Fin Informe Entrada=====



**INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL**  
**RUC. 80002269/6**  
**Extracto de Cuenta**



Nro.: 11495302  
 Token: 1735216

0006-82-03885 ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR  
 RUC: 80109018 Ide.Emplea: 254319  
 DR HASSLER C/ R10 YTORORO 6450 e/ SD y -

Consultas:  
 Tel.497-246  
 www.ips.gov.py

Vencimiento
17/06/2024

Usuario y Fec Impresión
999171
12/06/2024 14:58:31

LOS MONTOS ESTAN SUJETOS A VARIACIONES DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE MORA VIGENTE. ESTE EXTRACTO NO JUSTIFICA PAGOS ANTERIORES. EL PAGO CON CHEQUE DEBE SER A LA ORDEN DE IPS Y POR EL MONTO EXACTO DEL APORTE. NO SE RECIBIRAN CHEQUES DE TERCEROS -

Haedo y Ntra. Señora

Tipo Liquidación	Periodo	Nro. Doc.	Imponible	Aporte	Mora
REGIMEN GENERAL 25.5	MAYO/2024	15170815	14.056.854	3.705.115	0

=====Fin Informe Extracto=====

**BOCAS HABILITADAS PARA EL COBRO DE APORTE OBRERO PATRONAL**

**INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL - DEPARTAMENTO DE INGRESOS**

- Edificio Facundo Insfrán (Peltrosi c/ Brasil)
- Dirección de Aporte Obrero Patronal (Ntra. Señora de la Asunción y Haedo)

**INSTITUCIONES PRIVADAS - BANCOS**

- Banco Continental S.A.E.C.A. (Sucursales del Interior) (Sin Costo)
- Visión Banco S.A.E.C.A. (Capital e Interior) (Con Costo)
- Redes de cobranza (Aquí Pago, Pago Express, Practipago, Financiera El Comercio)
- Home Banking (Banco Continental, Banco Visión, Banco Itau)

Informamos que desde Agosto del 2010, se procederá a la certificación de deudas para el inicio de acciones judiciales, a las patronales que incurran en 3 (tres) meses de atraso, tanto en las planillas de aportes obrero patronales y/o en las cuotas de fraccionamiento de pago. Resolución C.A. N° 077-004/10, del 08/07/2010.

La DIRECCION DE APORTE OBRERO PATRONAL le recuerda a las EMPRESAS DEL TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS lo dispuesto en la resolución N° 012-013/09 en su Art. 3° y que dice: "Establecer que las EMPRESAS DE TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS deberán presentar en el mes de febrero de cada año la resolución de la SETAMA o DINATRA o del MUNICIPIO DONDE SE AUTORIZA EL PARQUE AUTOMOTOR, y asimismo copia autenticada de la comunicación realizada al VICEMINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL dando cumplimiento al Inc. a), Art. 6°, del Decreto N° 580 de fecha 21 de octubre de 2.008" Por lo que se sugiere acercarse a nuestras oficinas las documentaciones respectivas, en tiempo y forma a fin de evitar inconvenientes posteriores. Presentar por nota, en el Dpto. de Servicios de AOP, sitio en Ntra. Sra. de la Asunción N° 853 c/ Piribeubuy. O en cualesquiera de las Agencias Administrativas Regionales habilitadas en el interior del país.  
 Consultas o aclaraciones a los telef. 444.671 \* 450.974/5

ESTE EXTRACTO NO SE CONSIDERA CANCELADO SI NO LLEVA EL SELLO DE LA MAQUINA REGISTRADORA O SELLO Y FIRMA DEL CAJERO DEL INSTITUTO EN CASO DE REALIZARSE LOS PAGOS EN SUS OFICINAS DE RECAUDACIONES

TOTAL EXTRACTO:	3.705.115
BOLETIN CREDITO:	0
<b>TOTAL A PAGAR:</b>	<b>3.705.115</b>

**IPS-INFORMA**

**\*Resolución C.A. Nro. 019-017/19 de fecha 30 de abril de 2019.**  
 Por la que se aprueba el REGLAMENTO DE INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS Y EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS SUMARIOS ADMINISTRATIVOS DISPUESTOS EN COMISION DE INFRACCIONES POR PARTE DE LAS PATRONALES, CONFORME AL ART. 3° DE LA LEY N° 5655/16 en remplazo de la Resolución C.A. N° 068-040/14 y la Resolución C.A. N° 101-001/16

**\* Sres. Empleadores se les informa por este medio que la Dirección de Aporte Obrero Patronal a través del Dpto. de Control del Aportante estaría realizando verificaciones en forma aleatoria de los documentos respaldatorios de los movimientos registrados en el Sistema REI en los conceptos de SANCIONES, JUDICIALES, PERMISOS Y REPOSOS, de acuerdo a lo estipulado en el punto 2.4 del contrato de adhesión**

**\* Sres. Empleadores se informa que en cumplimiento a la RESOLUCION C.A. N° 106-011/16, de fecha 28 de diciembre de 2016, que serían incluidas en la Base de Datos de Informconf a las firmas patronales que poseen planillas normales, planillas complementarias y cuotas de fraccionamientos provenientes de Aportes Obrero - Patronales pendientes de pago con 90(noventa) días de atraso.**

**En atención al Cierre del Ejercicio Fiscal 2023, se comunica a los Señores empleadores que el cobro en concepto de Aportes se realizará hasta el día Miércoles 27/12/2023, conforme al siguiente detalle:**

- \*Ingresos Cajas recaudadoras del IPS (Caja Central y Suc. AOP); Miércoles 27/12/2023 hasta las 13:00 hs.
- \*Ingresos WEB - Bancos Continental, Visión, Itau, Atlas, Regional y Bancop; Miércoles 27/12/2023 hasta las 13:00 hs.
- \*Ingresos Entidades Bancarias (Continental y Visión); Martes 26/12/2023 hasta las 19:00 hs.
- \*Ingresos Redes de Cobranzas (Aquí Pago, Pago Express, Financiera UENO, Practipago y Bancard); Martes 26/12/2023 hasta las 17:00 hs.

**LA MISION DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL**



INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

Declaracion Jurada de Salarios

empleador

Razon soc.: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS  
 RUC : 80109018  
 Nro Patronal: 0006-82-03885      Ide Emplea: 254319

Detalle de Planilla

Ide : 15170815  
 Tipo : NOR  
 Imponible : 14.056.854  
 Periodo : 976 - MAYO/2024  
 Can.Asegur: 6

Pagina 1/1

Usuario Impresion: 999171

Fecha-Hora: 12-06-2024 18:58:49

Corresponde al Extracto Nro.: 11495302



Ide Asecot	Nro Cic	Asegurado	Salario Real	Dias	Salario Imponible	Mov
3647116	5729941	BENITEZ FRANCO GRISELDA	1.340.187	30	1.340.187	NORMAL
846603	1683579	ELIZECHE ALMEIDA DIANA ALEJANDRA	3.000.000	30	3.000.000	NORMAL
2390084	6675396	ESCOBAR GONZALEZ ERWIN ESTIBEN	1.500.000	15	1.500.000	ENTRADA
2719108	4619966	GAYOSO MISKINICH EDGAR DANIEL	3.866.667	29	3.866.667	NORMAL
1984964	4668839	JACQUET GUTIERRES CARLOS ALBERTO	3.300.000	30	3.300.000	NORMAL
2905009	4975599	LOPEZ AYALA MARIA CECILIA	1.050.000	6	1.050.000	ENTRADA

=====FIN DEL INFORME=====

FARMA TOTAL DEFENSORES S.A. - MACHAIN S.A.

Ruc: 80028029-6 Tel.: 837-835

ASUNCION Ri. 2. Ytororo esq. Segundo M

achain

TERMINAL	FECHA	HORA	LOTE	R
30200903	12/06/24	15:20	4258	26066

1

Cajero: SONIA RIVEROS

Servicio:(1085) IPS IPS APORTE OBRERO PATRONAL

Codigo Verificador: 2123600

Documento: 80109018

Nombre: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMI

Extracto: 11495302

Vencimiento: 17/06/2024

**Importe**

**Total: 3.709.515**

PIN: 5523014

Para descargar la factura en formato KUD e ingresa el PIN del comprobante en la web [www.aquipago.com.py](http://www.aquipago.com.py) en la seccion de Consulta de ticket y o factura

Nro Trans IPS: 000008485878

Comision Iva Incluido: 4400

Vuelto: 0

Forma de Pago: Efectivo

ESTE ES SU COMPROBANTE, CONSERVELO  
PAGO POR ORDEN Y CUENTA DEL EMISOR  
POSWEB UN SERVICIO DE PRONET S.A.



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

# INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DIRECCION DE APOORTE OBRERO PATRONAL

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON EL SEGURO SOCIAL



GOBIERNO DEL PARAGUAY | PARAGUÁI REKUÁI

USUARIO EMISION: 999171

NRO. CERTIFICADO: 463777

FECHA EMISION: 21-11-2024

VENCIMIENTO: 17-12-2024

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nro. Ruc: 80109018

Nro. Certificado: 463777

Razon Social: ASOCIACION PERSONA CON DISCAPACIDAD FAMILIAR Y AMIGOS

Actividad(es): ACTIVIDADES DE LA SOCIEDADES LITERARIAS.CIVICAS Y SOCIALES

Fecha de Inscripcion: 26-02-2020

Cantidad de Asegurados: 3

0006-82-3885 -

Nro. Patronal(es):



CONSTE QUE EL(LOS) EMPLEADOR(ES), A LA FECHA DE EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO ADEUDA(N)  
EN CONCEPTO DE APOORTE OBRERO PATRONAL

Se expide el presente Certificado sin perjuicio de las facultades de Fiscalizacion y Control otorgadas a la Direccion Aporte Obrero Patronal.

Nota: Cualquier correccion no salvada en el texto invalida el presente certificado. "El presente instrumento solo certifica estar al dia en el pago del aporte Obrero-Patronal del/los personal/es declarado/s, no eximiendo la responsabilidad patronal sobre los no declarados."

La validez de este documento se puede confirmar, ingresando el número de ruc y certificado a traves de nuestro sitio:

<http://servicios.ips.gov.py/constancia/>

Constitución y Luis Alberto de Herrera - Tel: 223 141/3 - [www.ips.gov.py](http://www.ips.gov.py)

LA MISIÓN DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL "Otorgar las prestaciones del seguro social con calidad y calidez mediante la excelencia en la gestión de los talentos y recursos, para el bienestar de sus beneficiarios".



## FUNCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL

Nombre y Apellido : CECILIA LOPEZ  
Área : MISIONAL  
Cargo : AREA DE EMPRESAS – ASESOR  
Periodo : 24-05-2024 AL 31/05/2024

### ASIGNACION DE FUNCIONES

- Analizar la estructura, procesos y posición de la empresa para inclusión de personas con discapacidad que serán incluidos en la nómina de selección.
- Proporcionar e Identificar ineficiencias y dificultades en la gestión de selección de personas con discapacidad en el área de recursos humanos
- Diseñar planes estratégicos para superar problemas que puedan presentarse en la selección de personas con discapacidad.
- Evaluar la viabilidad de proyectos
- Orientar sobre enfoques de mercadotecnia e inserción de personas con discapacidad en las diferentes empresas.
- Realizar evaluaciones de riesgo
- Implementar nuevas tecnologías para uso de personas con discapacidad
- Capacitar al personal para la asistencia de personas con discapacidad,
- Establecer métricas y sistemas de seguimiento en el proceso de selección de personas con discapacidad

V°B°

-----

Funcionario: Cecilia Lopez

Periodo: 24/05/2024 al 31/05/2024

AC-No.	Nombre	Dia	HoraEnt	HoraSal	Marc-Ent	Marc-Deac	Marc-Deac	Marc-Sal	Tardanza	SalioTemprano	Falta	Falta de Marcación	Descontar	Acreditar	Razón
	Cecilia Lopez	24-5-2024	08:00	18:00	07:53	12:00	13:00	18:03	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	25-5-2024	09:00	12:00	08:03		12:00		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	26-5-2024				Domingo			00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	27-5-2024	09:00	12:00	07:54	12:00	13:00	18:03	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	28-5-2024	08:00	18:00	07:52	12:00	13:00	18:06	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	29-5-2024	08:00	18:00	07:50	12:00	13:00	18:06	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	30-5-2024	08:00	18:00	07:53	12:00	13:00	18:03	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
	Cecilia Lopez	31-5-2024	08:00	18:00	07:53	12:00	13:00	18:04	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00		
													<b>DESCONTAR</b>		



Colaborador: Cecilia Lopez

Controlado por: Gladys Figueredo



Asunción, 06 de diciembre de 2024

Señora

**BERENICE A. ORTEGA BABAÑOLI**, Coordinadora Interina

Coordinación de Obligaciones Diversas del Estado

Gerencia General, Ministerio de Economía y Finanzas

De mi mayor consideración

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a los efectos de hacer la presentación del descargo del Requerimiento de fecha 20 de noviembre de 2024, según Nota DAI 449/2024, relacionados al SIME 102056, 101589 y 97159/24 respectivamente presentando a través de la misma la Justificación correspondiente a los siguientes puntos:

N°	Detalle	Justificación
1	APORTE IPS	Se procede conforme a lo solicitado en el requerimiento.
2	Edgar Gayoso	Se procede al anexo de los Recibos de pago del IPS y se adjunta el cumplimiento del seguro social.
3	Griselda Benitez	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro el informe firmado.
4	Diana Elizeche	Se adjunta la firma digital de la contadora, el informe firmado, y recibo de pago de pago de ips.
5	Carlos Jacquet	Se corrigió el número de cedula que por error de tipeo involuntario se produjo. Se adjunta el informe del personal firmado, constancia de cumplimiento con el Seguro Social y Recibo de Pago
6	Jorge David González Vásquez	Se corrige el número de timbrado que se produjo por un error involuntario, además se adjunta el informe de la factura, más las fotografías solicitadas.
7	Erwin Escobar	Se excluye conforme lo solicitado
8	Erwin Escobar	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro, el informe firmado y el recibo de pago de IPS.
9	Erwin Escobar	Se adjunta la constancia de cumplimiento de seguro, el informe firmado y el recibo de pago de IPS.
10	APORTE IPS	Se adjunta el escaneado con las firmas electrónicas correspondientes.
11	Griselda Benitez	Se adjunta el informe de actividades firmado, la constancia cumplimiento del Seguro Social y el recibo de pago.
12	Erwin Escobar	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de cumplimiento de ips y el recibo de pago.

13	Edgar Gayoso	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago. En cuanto al requerimiento de Justificación de ausencia el mismo ha solicitado en forma personal conforme a las leyes y se le fue autorizado.
14	Diana Elizeche	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
15	Cecilia López	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
16	Carlos Jacquet	Se adjunta el informe firmado de las actividades realizadas por el personal, se adjunta la constancia de ips y el recibo de pago.
17	Patricia Ortiz	<p>Se adjunta copia de las actividades Realizadas firmado</p> <p>Se imputo en el OG 145, por que la contratada es profesional y realiza apoyo organizacional a la coordinación general y considerando lo establecido en la Ley en relación OG 145 “contratación de personas físicas calificadas para l prestación de servicios profesionales que cuenten con titulo de grado, conforme al Art. 63 de la Ley 4995/2013. Incluye la contratación de profesionales extranjero con grado de titulo universitario obtenido en el extranjero,” sin embargo el OG 266 Consultorías y Asesorías, o guarda relación a las actividades realizadas por la profesional. Es por ello se solicita la reconsideración de la imputación en el OG 145 atendiendo la naturaleza del trabajo profesional de apoyo a la coordinación realizado por la profesional.</p> <p>Se adjunta copia de los materiales utilizados en las capacitaciones solicitados. En cuanto a las fotografías se encuentran dentro del listado de beneficiarios.</p>

Se justifica además lo solicitado en relación a **otros Requerimientos:**

- 1- Se adjunta el comprobante de ingreso, el recibo y el FI-Code 16 remitido por la trasferencia del Bimestre Mayo-junio
- 2- Se modifiko el Nro. De OT
- 3- Se modifiko la fecha de OT
- 4- Se modifiko la denominación del Banco
- 5- Se procedió al cambio de los antecedentes judiciales a través de la presentación de primeras documentaciones. Se adjunta copia dentro de la Justificación
- 6- Se adjunta el CCT vigente

Esperando haber cumplido con lo solicitado aprovechamos la oportunidad para saludarle atentamente.