|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APORTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN AL PROCEDIMIENTO 035561, TRÁMITE SK5K PARA LA JUSTIFICACIÓN DE ACTUACIONES PARA GESTIÓN DE CENTROS DE LA MUJER PARA EL AÑO 2024** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona jurídica | | | | | | | | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | |  | C.P.: | | |  | | |  | | Población: | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | |  | Teléfono móvil: | | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación, y en su caso del pago.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF: NIE: | | | | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |  | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | |  | C.P.: | | |  | | |  | | Población: | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | |  | Teléfono móvil: | | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con la/el representante designada/o por la persona interesada.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDIO PARA RECIBIR LA RESPUESTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **La persona solicitante está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la Plataforma** [**https://notifica.jccm.es/notifica**](https://notifica.jccm.es/notifica)**. Compruebe que está usted registrada/o y que sus datos son correctos.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Documentación:** Conforme al artículo 25 de las bases reguladoras, declara aportar:  Memoria de actuación sobre el cumplimiento de las condiciones impuestas en la concesión de la subvención, con indicación de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.  Documentos que acrediten la titulación y la formación especializada en igualdad de género o violencia de género de las personas que ejecutan el proyecto (mediante máster, cursos, talleres, etc.).  Documentos que justifiquen que se ha hecho constar en la publicidad del proyecto la colaboración del Instituto de la Mujer y otros fondos provenientes del Ministerio de Igualdad o del Fondo Social Europeo.  Relación clasificada de los gastos de la actividad, con identificación del acreedor y del documento, su importe, fecha de emisión y fecha y forma de pago.  Contrato de las/os trabajadores, copia digitalizada de las nóminas, justificantes de pago de cada uno de los gastos realizados, seguros sociales a cargo de la empresa (TC1 y TC2), justificantes de pago de las retenciones practicadas por el IRPF (modelo 110 y desglose de los componentes del mismo y modelo 190) y justificantes de su pago.  Certificación que incluya una relación del personal implicado en el proyecto, detallando el nombre y apellidos de la/el trabajadora/or, su edad, categoría profesional, número de afiliación a la seguridad social, grupo de cotización y fechas de inicio y final de su trabajo.  Copias de facturas justificativas de los gastos realizados.  Control de firmas mensual del área laboral cofinanciada por Fondo Social Europeo.  Carta de pago de reintegro en el supuesto de remanentes no aplicados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | | |
| **Responsable** | Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. | |
| **Finalidad** | Gestión de expedientes para la promoción de la igualdad de género. | |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos - Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre Mujeres y Hombres en Castilla-La Mancha Ley 4/2018 para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha | |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. | |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. | |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0242> | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Cofinanciación del proyecto** |  |  | | --- | | La persona beneficiaria, aporta o ha obtenido otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos que financian las actividades subvencionadas. Se indicará las otras fuentes de financiación tanto públicas como privadas |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Proyecto** | **Procedencia de la cofinanciación** | **Importe €** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | \*Se hará constar también en este apartado además de las otras fuentes, la financiación aportada en su caso, por la propia entidad o persona beneficiaria a las actuaciones realizadas | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | En |  | ,a |  | de |  | de | 2025 |  |  |  | | --- | --- | |  |  |   Firma (DNI electrónico o certificado válido):  Fdo:   |  | | --- | | Organismo destinatario: Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha  Código DIR3: A08016374 | |

|  |
| --- |
| **Relación Clasificada de gastos para la realización de Proyectos de Intervención Comunitaria** |

|  |
| --- |
| El presente documento tiene por objeto indicar la relación clasificada de los gastos de la actividad, con identificación del acreedor y del documento, su importe, fecha de emisión de los documentos, fecha y forma de pago. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dña |  | NIF/CIF |  | Como representante legal de |  |
| declaro que los datos aportados en la presente cuenta justificativa son ciertos y veraces. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTO CONTABLE | Nº FACTURA | FECHA DE EMISIÓN | CONCEPTO | | PROVEEDOR | NIF/CIF | IMPORTE TOTAL FACTURA | % IMPUTACIÓN | TOTAL SUBVENCIONABLE | FORMA DE PAGO | FECHA DE PAGO | Nº TRANSFERENCIA BANCARIA | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utilizar tantas hojas como sea necesario | | | | | | | | | | | | | | | |

\*IVA: indicar si la entidad se deduce el IVA

**NO**

**SI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | a |  | de |  | de 2025 |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fdo:

|  |
| --- |
| **Declaración de gastos de personal** |

|  |
| --- |
| El presente documento tiene por objeto desglosar los gastos de personal. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dña |  | NIF/CIF |  | Como representante legal de |  |
| declaro que los datos aportados en la presente cuenta justificativa son ciertos y veraces. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |
| **APUNTE CONTABLE** | | | **NOMBRE Y APELLIDOS** | | | **MENSUALIDAD** | | | **% MPUTACIÓN** | | | | | **TOTAL DEVENGADO** | | **Seg. Social (cuota empresarial)** | | | | | | **IMPORTE TOTAL** | | **FECHA DE PAGO** | | **Nº TRANSFERENCIA BANCARIA** |
| % | | | IMPORTE | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| **TOTAL** | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| En |  | | | | | | a | |  | | de |  | | | | de 2025 | | |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fdo:

|  |
| --- |
| **Declaración de gastos por desplazamiento (itinerancias fijas y periódicas)** |
| El presente documento tiene por objeto desglosar los gastos por dietas y desplazamiento acometidos durante la ejecución del proyecto. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellidos | NIF | Días de desplazamiento | Lugar de desplazamiento | Forma de pago | Fecha de pago | Importe |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dña |  | NIF/CIF |  | Como representante legal de |  |
| declaro que los datos aportados en la presente cuenta justificativa son ciertos y veraces. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | a |  | de |  | de 2025 |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fdo:

|  |
| --- |
| **Declaración de otros gastos por desplazamiento** |

|  |
| --- |
| El presente documento tiene por objeto desglosar los gastos por dietas y desplazamiento acometidos durante la ejecución del proyecto. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellidos | NIF | Días de desplazamiento | Lugar de desplazamiento | Forma de pago | Fecha de pago | Importe |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dña |  | NIF/CIF |  | Como representante legal de |  |
| declaro que los datos aportados en la presente cuenta justificativa son ciertos y veraces. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | a |  | de |  | de 2025 |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fdo:

|  |
| --- |
| **Relación clasificada de gastos de funcionamiento** |

|  |
| --- |
| El presente documento tiene por objeto indicar la relación clasificada de los gastos de funcionamiento, con identificación del acreedor y del documento, su importe, fecha de emisión de los documentos, fecha y forma de pago. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D/Dña |  | NIF/CIF |  | Como representante legal de |  |
| declaro que los datos aportados en la presente cuenta justificativa son ciertos y veraces. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTO CONTABLE | Nº FACTURA | FECHA DE EMISIÓN | CONCEPTO | | PROVEEDOR | NIF/CIF | IMPORTE TOTAL FACTURA | % IMPUTACIÓN | IMPORTE  NO SUBVENCIONABLE | TOTAL SUBVENCIONABLE | FORMA DE PAGO | FECHA DE PAGO | Nº TRANSFERENCIA BANCARIA | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Utilizar tantas hojas como sea necesario |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | a |  | de |  | de 2025 |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Fdo: