**Certificación de gastos realizados en subvenciones a entidades de ámbito territorial inferior al municipio, municipios, mancomunidades y agrupaciones municipales, para el mantenimiento de plazas y el desarrollo de programas y/o proyectos de atención a personas mayores en Castilla-La Mancha.**

D/Dª…     …….. ,

*(Señalar lo que proceda):*

\*SECRETARIO-A       / INTERVENTOR-A       DEL AYUNTAMIENTO DE…     … (localidad).      .(Provincia) … y número de NIF: …     …..

**CERTIFICA**:

1) Que se ha procedido al gasto de      .. €, perteneciente a la ejecución de la resolución aprobatoria de Subvención de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para el       *mantenimiento y desarrollo de programas en viviendas o apartamentos /*       *desarrollo de proyectos de atención a personas mayores/*       *mantenimiento para el desarrollo de programas en centros de mayores u otros centros de servicios sociales de atención especializada para personas mayores (****señalar lo que proceda****),* por una cuantía total de      . €,correspondiente a la       *primera justificación/*       *justificación final (****señalar lo que proceda****)*, que comprende el periodo de       (***especificar las******fechas que comprenden el periodo económico que se justifica****).*

2) Que las facturas y resto de documentos justificativos aportados, corresponden a los pagos efectivamente liquidados y derivados de la finalidad para la que fue concedida la subvención, que se asumen como propios y que no han sido presentados ante otras Entidades Públicas o Privadas como justificantes de ayudas concedidas por las mismas.

3) Que se ha cumplido con las obligaciones establecidas en el artículo 12.1 párrafo g) y h) de la orden 81/ 2025 de 6 de junio de la Consejería de Bienestar Social , por la que se establece las bases reguladoras de las subvenciones a entidades locales de ámbito inferior al municipio, municipios, mancomunidades y agrupaciones municipales para el mantenimiento de plazas en residencias y centros de día y para el desarrollo de programas y proyectos de atención a personas mayores en Castilla- La Mancha.

4) Que el importe satisfecho a la entidad colaboradora en la prestación del servicio ha sido de      ..€ correspondiente al periodo del      . de…     …al…     … de…      de 2025. Acompañar *Anexo 3*. **(Este punto 4 sólo cumplimentar en caso de gestión indirecta por parte de entidad colaboradora).**

Lo que se certifica a los efectos oportunos en      …*(localidad)*, a       *(fecha: día, mes, año)*

Vº Bº

Fdo: El interventor/ la interventora Fdo: Alcaldesa/ alcalde