**ANEXO II.- CUENTA JUSTIFICATIVA SIMPLIFICADA.**

**MUNICIPIOS DE MÁS DE 30.000 HABITANTES**

**Decreto 43/2024, de 30 de julio**

D/Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como persona competente de la unidad contable del municipio/EATIM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro/certifico, bajo mi responsabilidad, (marque las opciones que certifica):

* Que los datos aportados en la presente cuenta justificativa simplificada son ciertos y veraces.
* Que los pagos han sido efectivamente realizados antes el 31/12/2025, excepto los costes de Seguridad Social que han sido abonados antes del 31/01/2026.
* Que se ha respetado la normativa de contratación pública si fuera aplicable al contratar la actuación subvencionable.
* Que las actuaciones se han realizado ajustándose al objeto del Plan Corresponsables.
* Que, en su caso, las tasas se han reinvertido en el Plan Corresponsables.
* Que se han obtenido subvenciones/ayudas para la misma finalidad:  NO  SI

En caso afirmativo, se adjuntará certificado de no duplicidad del pago de las facturas recogidas en esta memoria.

Lo que certifico en \_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la fecha de la firma.

FIRMADO POR FIRMADO POR

EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA EL/LA ALCALDE/ALCALDESA

(Firma con certificado electrónico válido) (Firma con certificado electrónico válido)

**ANEXO II MEMORIA ECONÓMICA**

**Anexo II.1**

**COSTES SALARIALES, DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL A CARGO DE LOS CUIDADOS (****Actuaciones realizadas por medios propios) (art. 12.2 a)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellidos | DNI /NIE | Nombre de la actuación subvencionada | Contrato desde-hasta | Costes salariales y de Cotización Seg.Soc.. | Fecha del último pago [[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTAL |  |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II.2**

**COSTES SALARIALES, DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE INDEMNIZACIONES DEL PERSONAL A CARGO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA** **(Actuaciones realizadas por medios propios)**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O COORDINACIÓN DERIVADA DE LA GESTIÓN DEL PLAN CORRESPONSABLES[[3]](#footnote-3) (Art. 12.2b)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellidos | DNI/NIF | Contrato desde-hasta | Costes salariales y de Cotización Seg.Soc.. | Fecha del último pago[[4]](#footnote-4) [[5]](#footnote-5) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTAL [[6]](#footnote-6)** |  |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II.3**

**COSTES DE LIMPIEZA, SEGUROS Y DESPLAZAMIENTOS (art. 12.2 c)**

**PERSONAL LIMPIEZA (Costes salariares y de Seguridad Social)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y apellidos | DNI/NIF | Nombre de la actuación subvencionada | Contrato desde-hasta | Total pagado | Fecha del último pagoIV V |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Total personal limpieza** |  |  |

**LIMPIEZA (productos de limpieza o subcontratación)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Empresa | CIF/NIF | Nombre de la actuación subvencionada | Concepto[[7]](#footnote-7) | Total pagado | Núm. Factura | Fecha de emisión | Fecha de pago[[8]](#footnote-8) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Total productos y subc.** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL COSTES DE LIMPIEZAVIII** |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

***SEGUROS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Empresa | CIF/NIF | Productos o servicios subcontratados | Total pagado | Núm. Factura | Fecha de emisión | | Fecha de pagoIX | |
| **1** |  |  |  |  |  |  | |  | |
| **2** |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | **TOTAL** |  |  |  | |  | |

***DESPLAZAMIENTOS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Empresa | CIF/NIF | Nombre de la actuación subvencionada | Fecha desplazamiento. | | Total pagado | Núm. Factura | Fecha de emisión | | Fecha de pago[[9]](#footnote-9) | |
| **1** |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **2** |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **3** |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **4** |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **5** |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | TOTAL |  |  | |  | |  | |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II. 4**

**COSTES DE GASTOS DE MATERIALES (Art. 12.2 e)**

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de la empresa | CIF/NIF | Nombre de la actuación subvencionada | Concepto | Número de factura | Fecha de emisión | Total pagado | Fecha de pago[[10]](#footnote-10) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | TOTAL [[11]](#footnote-11) |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II. 5**

**COSTES DE GASTOS SUBCONTRATADOS: GASTOS SALARIALES DE PERSONAL Y OTROS GASTOS SUBVENCIONABLES**

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de la empresa | CIF/NIF | Nombre de la actuación subvencionada | Periodo al que hace referencia la factura | Número de factura | Fecha de emisión | Total pagado | Fecha de pago[[12]](#footnote-12) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | TOTAL |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II. 6**

**COSTES DE MEJORA Y ADECUACIÓN DE ESPACIOS (Art. 12.2 f)**

.

**Siempre que se consideren gastos corrientes de reparación y conservación (NO gastos de inversión)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de la empresa | CIF/NIF | Espacio donde se han realizado y obras acometidas | Número de factura | | Fecha de emisión | | Total pagado | Fecha de pago[[13]](#footnote-13) |
| **1** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **2** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **3** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **4** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **5** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **7** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **8** |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **9** |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | TOTAL | |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**Anexo II.7**

|  |
| --- |
| **SERVICIOS DE CUIDADOS DOMICILIARIOS (Art. 2)** |

Art. 2.- Aquellos municipios cuya población supere las 30.000 personas deberán reservar al menos el 10% del importe de la subvención para la puesta en marcha de servicios de cuidados domiciliarios, no pudiéndose destinar a otro tipo de actuación.

**De los datos indicados en los anexos anteriores, indicar cuáles corresponden a cuidados domiciliarios.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Destino del importe**: Personal de cuidados, Personal de gestión. | Nombre y apellidos o empresa subcontratada | DNI /NIE /CIF | Importe |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | **TOTAL[[14]](#footnote-14)** |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**ANEXO II.8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMPORTES BASE PARA EL CÁLCULO** | | | |
| 1.- Subvención total concedida | | | € |
| 2.- Importe total justificado  **IMPORTES A LIQUIDAR** (aclaraciones sobre su cumplimentación al final del documento) | | | € |
| 3.- Fondos propios aportados por la entidad beneficiaria | | |  |
| **4.- Importe justificado sin fondos propios** | | | € |
|  | 5.- Mínimo para cuidados domiciliarios | € |  |
|  | 6.- Importe justificado cuidados domiciliarios | € |  |
|  | 7.-A reintegrar por cuidados domiciliarios | € |  |
|  |  |  |  |
| **IMPORTES A REINTEGRAR** | | | |
| **8.- Total a reintegrar** | | | € |
| 9.- Importe reintegro anticipado | | | € |
| **10.- Importe pendiente de reintegrar** | | | € |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo II. 9**

**TASAS COBRADAS A LAS FAMILIAS USUARIAS**

**El importe de Tasas NO se debe incluir en los importes a liquidar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Concepto o actividad | Importe individual por participante | Importe total recaudado con la tasa | Destino del uso de la tasa [[15]](#footnote-15) | Importe total gastado | Núm. Factura | Fecha de emisión | Fecha de pago[[16]](#footnote-16) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |  |  |  |

FIRMADO POR EL/LA SECRETARIO/A O INTERVENTOR/A DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

(Firma con certificado electrónico válido)

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL ANEXO II. 8**

1.- Total de la subvención concedida.

2.- Total justificado: sumatorio de todos los Anexos.

3.- En caso de que la entidad beneficiaria haya aportado fondos propios, se indicará el importe

4.- Diferencia entre los apartados 2 y 3

5.- 90% de la subvención concedida

6.- Importe del total del Anexo II.7

7.- Diferencia entre los apartados 5 y 6. Si es negativo, consignar 0€

8.- Diferencia de los apartados 1 y 4, más el apartado 7

9.- En el caso de haber realizado algún reintegro antes o en el momento de la justificación.

10.- Diferencia entre el total a reintegrar (8) y el importe reintegro anticipado (9)

1. Costes salariales: hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-1)
2. Cotización empresarial Seg. Soc.: hasta el 31/01/2026 [↑](#footnote-ref-2)
3. Personal contratado exclusivamente para la gestión del Plan Corresponsables [↑](#footnote-ref-3)
4. Costes salariales: hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-4)
5. Cotización empresarial Seg. Soc.: hasta el 31/01/2026 [↑](#footnote-ref-5)
6. Importe no superior al 10% de la subvención concedida [↑](#footnote-ref-6)
7. Productos adquiridos o subcontratación [↑](#footnote-ref-7)
8. Hasta el 31/12/2025

   VIII La suma de los costes salariales, seguridad social, productos de limpieza o subcontratación no pueden ser superiores al 10% de la cantidad correctamente justificada [↑](#footnote-ref-8)
9. Hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-9)
10. Hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-10)
11. Importe no superior al 10% de la cantidad correctamente justificada [↑](#footnote-ref-11)
12. Hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-12)
13. Hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-13)
14. No inferior al 10% del total de la subvención concedida [↑](#footnote-ref-14)
15. Material, suministros, etc. [↑](#footnote-ref-15)
16. Hasta el 31/12/2025 [↑](#footnote-ref-16)