**ANEXO III**

**DECRETO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ se regula la concesión directa subvención al Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de la Región De Murcia, para el desarrollo del programa ÚNICAS.**

**RELACION DE GASTOS DE PERSONAL CONTRATADO**

ENTIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROYECTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D./. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO Y CERTIFICO** bajo mi responsabilidad que en relación con la subvención recibida para el presente proyecto, los datos económicos sobre personal son los que a continuación se consignan.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nº ORDEN*** | ***APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR/A*** | ***N.I.F.*** | ***FECHA DE LA NOMINA*** | ***IMPORTE IRPF*** | ***IMPORTE PAGADO*** | | | ***IMPUTACIÓN AL PROYECTO SUBVENCIONADO*** | | | |
| ***SUELDO BRUTO*** | ***SEG. SOCIAL DE LA EMPRESA*** | ***TOTAL*** | ***IMPORTE IMPUTADO AL SUELDO BRUTO*** | ***IMPORTE IMPUTADO A LA SEG. SOCIAL DE LA EMPRESA*** | ***%***  ***TOTAL IMPUTADO*** | ***IMPORTE TOTAL IMPUTADO*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTALES** | |  |  |  |  |  |  |  |  |

En , a de de 2024

*(Cargo, nombre, firma y sello*)

*Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de septiembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.*

**ANEXO IV**

**DECRETO Nº** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ **se regula la concesión directa subvención al Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de la Región De Murcia, para el desarrollo del programa ÚNICAS.**

**DESGLOSE DE GASTOS EJECUTADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Año: 2024** | **Entidad/~~:~~** |
| **Proyecto:** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | | **IMPORTE SUBCONCEPTO** | **IMPORTE TOTAL CONCEPTO** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |

En , a de de 2024

*(Cargo, nombre, firma del y sello*)

*Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de septiembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.*

**ANEXO V**

**DECRETO Nº** \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ **se regula la concesión directa subvención al Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de la Región De Murcia, para el desarrollo del programa ÚNICAS.**

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROYECTO~~:~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CERTIFICACIÓN CONTABLE DE JUSTIFICANTES DE GASTO** |

D./Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como representante legal de la citada Entidad,

**DECLARO Y CERTIFICO** bajo mi responsabilidad que los datos económicos que a continuación se consignan, son fiel reflejo de los registros contables de la entidad a la que represento.

**CONCEPTO (1)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de orden**  **(2)** | **NIF** | **Proveedor o Beneficiario** | **Concepto de la Factura** | **Importe** | **% imputado** | **Importe que se imputa** | **Identificación justificante de gasto (3)** | **Pago** | | |
| Tipo | Número | Fecha | Método (4) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALES** | | | |  |  |  |  |  | | |

**IMPORTANTE:** Los importes se reflejarán con IVA incluido.

**Fecha, firma y sello del responsable de la Entidad**

**Instrucciones**:

(1) Se presentará una certificación contable por cada uno de los conceptos reflejados en el desglose de gastos ejecutados (Anexo III), excepto para el concepto de PERSONAL (Anexo II)

(2) Se anotará en cada justificante o factura el nº de orden que se le asigna en la presente relación.

(3) Se consignará el “tipo” de justificante de gasto (facturas, recibís, etc.), su número y fecha de emisión.

(4) Pago por transferencia, cheque, pagaré, etc.

*Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personales y garantías de los derechos digitales.*