**ANEXO VIII**

**MODELO DE CUENTA JUSTIFICATIVA**

Ayuntamiento de Puerto del Rosario concejalía de salud Pública

Denominación de la convocatoria: Año:

Datos de identificación del beneficiario

Nombre del beneficiario (persona física o entidad):

Nombre del representante de la entidad:

Cargo:

Domicilio: C.P: Localidad:

Teléfono: Fax: e-mail:

CIF de la entidad: DNI/NIE:

**Datos de la persona que certifica**

Nombre:

Cargo:

Domicilio a efectos de notificación

C.P.: Localidad: DNI/NIE:

Teléfono: Fax: e-mail:

**Relación de Justificantes que se adjuntan:**

**2. 1. Gastos Salariales:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **CONCEPTO** | **COSTE SALARIO BRUTO** | **COSTE SEGURIDAD SOLCIAL** | **COSTE TOTAL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.2. Gastos Corrientes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR** | **FECHA FACTURA** | **Nº FACTURA** | **IMPORTE** | **CONCEPTO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.3 Gastos de Inversión**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR** | **FECHA FACTURA** | **Nº FACTURA** | **IMPORTE** | **CONCEPTO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.4. Gastos Totales:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Periodo de justificación** | **CONCEPTO** | **IMPORTE** |
| De1 de Enero de 2.0 a 31 de Diciembre de 2.0 | GASTOS DE PERSONAL |  |
| De 1 de Ene.-o de 2.0 a 31 de Diciembre de 2.0 | GASTOS CORRIENTES |  |
| De 1 de Enero de 2.0 a 31 de Diciembre de 2.0 | GASTOS DE INVERSION |  |
| TOTAL GASTOS DEL PROGRAMA |  |  |
| APORTACION DEL AYUNTAMIENTO DE PUERTO DEL ROSARIO |  |  |
| APORTACION DE LA ENTIDAD |  |  |