**ANEXO II**

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE COLABORACIÓN ECONÓMICA MUNICIPAL PARA SUMINISTROS MÍNIMOS VITALES**  **CERTIFICACIÓN DE INGRESOS, GASTOS Y PAGOS EN LA ANUALIDAD\_\_\_\_\_2024\_\_\_\_\_\_**  **AYUNTAMIENTO DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **INTERVENCIÓN DE LA ENTIDAD U ÓRGANO QUE TENGA ATRIBUIDAS LAS FACULTADES DE LA TOMA DE RAZÓN EN CONTABILIDAD** | | | | |
| NOMBRE YAPELLIDOS | | | | CARGO | |
| AYUNTAMIENTO: | | | | C.I.F. | |
| **CERTIFICO:** Que en relación al Programa de Colaboración Económica Municipal para Suministros Mínimos Vitales, aprobado mediante Acuerdo de Consejo de Gobierno de 14 de febrero de 2024, el Ayuntamiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para la concesión de las ayudas para suministros mínimos vitales durante la anualidad 2024:   * Ha comprometido gastos por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ha reconocido obligaciones por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ha efectuado pagos por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **2** | **DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA** | | | | |
|  | |  | | | |
| **DECLARO** que son ciertos cuantos datos figuran en la presente **CERTIFICACIÓN**.  En, ............................................................a ...............de ..................................de 20\_\_ | | | | | |
| Vº Bº de la persona que ostente la Alcaldía  Fdo: | | | Firma de la Intervención u órgano que tenga atribuidas las facultades de la toma de razón en contabilidad    Fdo.: | | |

**SRA. CONSEJERA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**