

|  |
| --- |
| Anexo 4.1.4. Certificado del Responsable de la Empresa prestadora del Servicio de Ayuda a Domicilio de los gastos realizados y de que han sido pagados con cargo a la cantidad transferida, recogiendo expresamente relación de personas contratadas, retribuciones y coste de la seguridad social |

**SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO: [ ]** VÍA DEPENDENCIA **[ ]** VÍA PLAN CONCERTADO **AÑO:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPO DE GESTIÓN: INDIRECTA**

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ZBSS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONCEPTO:** Servicio Ayuda a Domicilio (Ley de Dependencia / Plan Concertado. Señalar arriba lo que proceda)

**GASTOS PERSONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Titulación** | **Certificado de Profesionalidad** | **Tipo Contrato(Laboral Fijo, Funcionario o Eventual)** | **Nº Horas Mensuales de contrato** | **Fecha inicio contrato** | **Fecha fin contrato (1)** | **Retribuciones Totales (incluidos todos los costes salariales y cuotas patronales S.S.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(1)Es **imprescindible** rellenar esta columna con la fecha de finalización de cada contrato. Sí se trata de personal fijo indicar fecha desde 1 de enero a 31 de diciembre.

**OTROS GASTOS** (Material, Vestuario...)

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Importe** |
|  |  |
|  |  |

Fdo.: Responsable Empresa prestadora SAD