

## INFORME DE VIDA LABORAL

De los antecedentes obrantes en la Tesorería General de la Seguridad Social al día **28 de diciembre de 2021**, resulta que D/Da

**SANTIAGO MASA GOMEZ**

nacido/a el **25 de julio de 1960**

con

Número de la Seguridad Social **340016436411**

D.N.I. **012733005K**

domicilio en

CALLE DEL HOYO N° 4 , 34210 DUEÑAS PALENCIA

ha figurado en situación de alta en el Sistema de la Seguridad Social durante un total de

**29 Años**

**10.764 días**

**5 meses**

**21 días**

Presenta las situaciones que se relacionan en las sucesivas hojas del presente informe.

Durante los días indicados en el párrafo anterior Vd. ha estado de forma simultánea en dos o más empresas del mismo Régimen del sistema de la Seguridad Social -pluriempleo-, o en dos, o más Regímenes distintos del citado sistema -pluriactividad-, durante un total de **197** días, por lo que el total de días efectivamente computables para las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social es de

**28 Años**

**10.567 días**

**11 meses**

**6 días**

(19 meses) de 31/12  
FALTAN DE COFTEAR LOS 2 AÑOS NO  
DNCAPACIDAD. (YA NO PENDÍA PARO)

Cualquier duda o aclaración sobre este informe le será atendida en el teléfono 901 50 20 50, en la web [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es) o cualquier Administración de la Seguridad Social.

La información sobre las situaciones indicadas no comprende ni los datos relativos a los Regímenes Especiales de los Funcionarios Civiles del Estado, de las Fuerzas Armadas y de los Funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, ni los datos relativos a los períodos trabajados en el extranjero.

A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal se informa que los datos incorporados en el presente informe se encuentran incluidos en el Fichero General de Afiliación, creado por Orden de 27 de julio de 1994. Respecto a los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación en los términos previstos en dicha Ley Orgánica.

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB43KP1EE4NI	28/12/2021	W3KIS-DFZ2X-B25MS-NWAP4-KHQBK-4N75U	1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 29/12/2023 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

GOBIERNO  
DE ESPAÑAMINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONESTESORERÍA GENERAL  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

# INFORME DE VIDA LABORAL

## Situaciones

## DATOS IDENTIFICATIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS SANTIAGO MASA GOMEZ	Nº SEGURIDAD SOCIAL 340016436411	DOCUMENTO IDENTIFICATIVO D.N.I. 012733005K
---	-------------------------------------	---

## SITUACIÓN/ES

RÉGIMEN	EMPRESA SITUACIÓN ASIMILADA A LA DE ALTA	FECHA ALTA	FECHA DE EFECTO DE ALTA	FECHA DE BAJA	C.T.	CTP %	G.C.	DÍAS
GENERAL	SUB.DESEMPLEO>52/55 AÑOS-FIJOS DISC.EXTI	08.04.2021	08.04.2021	—	—	—	10	265
GENERAL	34003013210 VACACIONES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS	01.10.2019	01.10.2019	08.10.2019	—	—	—	8
GENERAL	34000724111 VACACIONES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS	11.10.2016	11.10.2016	25.10.2016	—	—	—	15
GENERAL	34003290870 VACACIONES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS	01.04.2006	01.04.2006	03.04.2006	—	—	—	3
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	01.07.2019	01.07.2019	30.09.2019	401	—	08	92
GENERAL	34075012165 SUB.DESEMPLEO>52/55 AÑOS-FIJOS DISC.EXTI	16.12.2018	16.12.2018	30.06.2019	—	—	10	197
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	23.10.2018	23.10.2018	15.12.2018	401	—	08	54
GENERAL	34075012165 SUB.DESEMPLEO>52/55 AÑOS-FIJOS DISC.EXTI	01.10.2018	01.10.2018	22.10.2018	—	—	10	22
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	02.07.2018	02.07.2018	30.09.2018	401	—	08	91
GENERAL	34075015195 SUBSIDIO DESEMPLEO. EXTINCION	02.05.2018	02.05.2018	01.07.2018	—	—	10	121
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	02.12.2017	02.12.2017	01.04.2018	—	—	10	180
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	05.06.2017	05.06.2017	01.12.2017	401	—	08	20
AGRARIO	34102101050 C. MENSUAL DE SALAS ORTEGA AMADA PAULA	13.10.2016	13.10.2016	01.11.2016	401	—	08	180
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	14.04.2016	14.04.2016	10.10.2016	401	—	10	63
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	15.07.2015	15.07.2015	15.09.2015	401	—	08	64
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	14.07.2014	14.07.2014	15.09.2014	401	—	08	—
GENERAL	34075015195 SUBSIDIO DESEMPLEO. EXTINCION	11.01.2013	11.01.2013	10.07.2013	—	—	08	—
GENERAL	34075015195 SUBSIDIO DESEMPLEO. EXTINCION	11.06.2012	11.06.2012	10.12.2012	—	—	08	—
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	23.10.2010	23.10.2010	10.06.2012	—	—	08	597
GENERAL	34101817326 HORMIGONES DEL CERRATO S.L.U.	01.04.2009	01.04.2009	22.10.2010	189	—	08	570
GENERAL	34075011357 PRESTACION DESEMPLEO. SUSPENSION	21.04.2010	21.04.2010	20.10.2010	—	—	—	183
GENERAL	34003290870 HORMIGONES DEL CARRION, S.A.	12.06.2006	12.06.2006	31.03.2009	189	—	08	1.024
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	04.04.2006	04.04.2006	11.06.2006	—	—	08	69
GENERAL	34003290870 HORMIGONES DEL CARRION, S.A.	16.06.2003	16.06.2003	31.03.2006	401	—	08	1.020
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	12.04.2003	12.04.2003	15.06.2003	—	—	08	65
GENERAL	24102469767 DRAGADOS OBRAS Y PROYECTOS,S.A.	17.04.2001	17.04.2001	04.04.2003	401	—	08	718
GENERAL	24102619816 U.T.E. FCC CONSTRUCCION,S.A.DRAGADOS CONS	22.02.2000	22.02.2000	15.04.2001	401	—	08	419
GENERAL	24102469767 DRAGADOS OBRAS Y PROYECTOS,S.A.	01.10.1999	01.10.1999	04.02.2000	014	—	08	127
GENERAL	24102423186 GRUPO DRAGADOS, S.A.	09.08.1999	09.08.1999	30.09.1999	014	—	08	53
GENERAL	24101255550 U.T.E.FOMENTO CONST.CONTRATAS.S.A.DRAGADO	03.01.1998	03.01.1998	04.08.1999	014	—	08	579
GENERAL	24101255550 U.T.E.FOMENTO CONST.CONTRATAS.S.A.DRAGADO	03.07.1996	03.07.1996	02.01.1998	100	—	08	549
GENERAL	34002877107 MANIPULADOS SANDRA, S.L.	15.02.1996	15.02.1996	30.06.1996	—	—	09	137
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	29.09.1995	29.09.1995	28.01.1996	—	—	10	122

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB43KP1EE4NI	28/12/2021	W3KIS-DFZ2X-B25MS-NWAP4-KHQBK-4N75U	2

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 29/12/2023 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

GOBIERNO  
DE ESPAÑAMINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONESTESORERÍA GENERAL  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

# INFORME DE VIDA LABORAL

## Situaciones

### DATOS IDENTIFICATIVOS

NOMBRE Y APELLIDOS SANTIAGO MASA GOMEZ	Nº SEGURIDAD SOCIAL 340016436411	DOCUMENTO IDENTIFICATIVO D.N.I. 012733005K
---	-------------------------------------	---

### SITUACIÓN/ES

RÉGIMEN	EMPRESA SITUACIÓN ASIMILADA A LA DE ALTA	FECHA ALTA	FECHA DE EFECTO DE ALTA	FECHA DE BAJA	C.T.	CTP %	G.C.	DÍAS
GENERAL	47100527850 DRAGECO U.T.E.	29.09.1994	29.09.1994	28.09.1995	---	---	10	365
GENERAL	34100161454 VOLADURAS Y DESMONTES, S.A.	11.03.1994	11.03.1994	05.07.1994	---	---	08	117
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	01.09.1993	01.09.1993	27.09.1993	---	---	09	27
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	02.08.1993	02.08.1993	31.08.1993	---	---	08	30
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	29.08.1992	29.08.1992	01.08.1993	---	---	09	338
GENERAL	34003257528 DRAGADOS Y CONSTRUCCIONES, S.A.	12.11.1990	12.11.1990	28.08.1992	---	---	09	656
GENERAL	34003219334 ANGEL CHILLON, S.A.	01.10.1990	22.10.1990	22.10.1990	---	---	08	1
GENERAL	34003219334 ANGEL CHILLON, S.A.	19.09.1989	19.09.1989	30.09.1990	---	---	08	377
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	26.06.1989	26.06.1989	16.09.1989	---	---	08	83
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	01.01.1989	01.01.1989	25.06.1989	---	---	08	176
GENERAL	34049820053 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	01.01.1989	01.01.1989	01.01.1989	---	---	08	1
GENERAL	47001625059 AGROMAN EMPRESA CONSTRUCTORA S.A.	13.07.1988	13.07.1988	30.12.1988	---	---	08	171
GENERAL	34002683006 EL IMPECABLE INDUSTRIAL, S.A.	02.05.1988	02.05.1988	10.07.1988	---	---	10	70
GENERAL	34002683006 EL IMPECABLE INDUSTRIAL, S.A.	11.01.1988	11.01.1988	30.03.1988	---	---	10	80
GENERAL	34002683006 EL IMPECABLE INDUSTRIAL, S.A.	09.11.1987	09.11.1987	08.01.1988	---	---	10	61
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	01.07.1987	01.07.1987	05.08.1987	---	---	09	36
GENERAL	34049820053 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	02.01.1987	02.01.1987	01.04.1987	---	---	09	90
GENERAL	34002202248 AGROMAN EMPRESA CONSTRUCTORA S.A.	23.10.1986	23.10.1986	01.01.1987	---	---	08	71
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	15.07.1986	15.07.1986	29.07.1986	---	---	08	15
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	03.06.1986	03.06.1986	14.06.1986	---	---	08	12
GENERAL	28008382493 TRANSPORTES MAQUIN.OBRA, S.A.	22.08.1985	22.08.1985	07.11.1985	---	---	08	78
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	14.06.1983	14.06.1983	08.07.1983	---	---	09	25
GENERAL	34049905030 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	14.01.1981	14.01.1981	26.02.1981	---	---	10	44
GENERAL	34002739889 EDIFICIOS Y OBRAS S.A.	08.04.1980	08.04.1980	26.11.1980	---	---	10	233

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB43KP1EE4NI	28/12/2021	W3KIS-DFZ2X-B25MS-NWAP4-KHQBK-4N75U	3

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 29/12/2023 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES



TESORERÍA GENERAL  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

# INFORME DE VIDA LABORAL

## Notas aclaratorias

Los informes de vida laboral contienen información respecto de las situaciones de alta o baja de una persona en el conjunto de los distintos regímenes del sistema de la Seguridad Social. Las situaciones que se incluyen en los informes son computables para el acceso, al menos, de una de las prestaciones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Por lo tanto, no todas las situaciones que se incluyen en el informe de vida laboral tienen que ser necesariamente computables para todas las prestaciones económicas contributivas del sistema, aspecto éste que deberá ser determinado por la Entidad Gestora competente sobre la resolución de la solicitud de la correspondiente prestación.

A continuación se aclaran algunos conceptos y denominaciones usados en el informe de vida laboral que pueden ayudarle a comprender el contenido del mismo. No todos los conceptos que se detallan tienen que aparecer necesariamente en su informe de vida laboral dado que alguna de las denominaciones son específicas de determinados Regímenes o situaciones concretas.

### RÉGIMEN

Identifica al Régimen en el cual se encuadra el correspondiente periodo. Puede ser alguno de los siguientes: Régimen GENERAL, Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o AUTÓNOMOS, Régimen Especial AGRARIO, Régimen Especial de los trabajadores del MAR, Régimen Especial de la minería del CARBÓN o Régimen Especial de Empleados de HOGAR. Dentro del Régimen GENERAL se identifica al colectivo de REPRESENTANTES DE COMERCIO, y al SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS Y CONSERVAS VEGETALES.

### EMPRESA

Se consigna el código de cuenta de cotización o número de inscripción del empresario utilizado para la individualización de éste en el respectivo Régimen del Sistema de la Seguridad Social, así como la denominación de la empresa u organismo a cuyo nombre figura el código de cuenta de cotización.

### SITUACIÓN ASIMILADA A LA DE ALTA

Situación diferente a la de la prestación de servicios o actividad determinante de su encuadramiento en un régimen del sistema de la Seguridad Social, que surte efectos respecto de las prestaciones, contingencias y en las condiciones que para cada una de ellas se establecen en el Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores aprobado por el Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, y en las demás normas reguladoras de las mismas.

### FECHA DE ALTA

Fecha de inicio de la prestación de servicios o de la actividad, o fecha de inicio de la situación asimilada a la de alta.

### FECHA DE EFECTO DEL ALTA

Fecha a partir de la cual tiene efectos el alta en orden a causar derecho a las prestaciones del sistema de Seguridad Social, salvo para las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, desempleo y asistencia sanitaria derivada de enfermedad común, maternidad y accidente no laboral, en las cuales la fecha de efecto de alta coincide, en cualquier caso, con la fecha de alta.

### FECHA DE BAJA

Fecha de cese de la prestación de servicios o de la actividad, o fecha de cese de la situación asimilada a la de alta.

### FECHA DE EFECTO DE BAJA

Fecha a partir de la cual se extingue la obligación de cotizar.

### CONTRATO DE TRABAJO (C.T.)

Clave que identifica a efectos de la gestión de la Seguridad Social, la modalidad del contrato de trabajo. (\*)

### C.T.P.-% SOBRE LA JORNADA HABITUAL DE LA EMPRESA

En los contratos de trabajo a tiempo parcial el coeficiente, en tantos por ciento, identifica el porcentaje que, sobre la jornada a tiempo completo establecida en el Convenio Colectivo de aplicación o, en su defecto, sobre la jornada ordinaria máxima legal, realiza o ha realizado el trabajador/a. (\*)

### GRUPO DE COTIZACIÓN

Grupo de categorías profesionales en el que se incluye al trabajador/a. (\*)

### BASE DE COTIZACIÓN

Base de Cotización por la que se ha optado en el Régimen Especial de los trabajadores por Cuenta propia o Autónomos o en determinados convenios especiales. En situaciones de alta, la Base de Cotización es la que consta en la fecha de emisión del informe. (\*)

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB43KP1EE4NI	28/12/2021	W3KIS-DFZ2X-B25MS-NWAP4-KHQBK-4N75U	4

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 29/12/2023 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.



# INFORME DE VIDA LABORAL

## Notas aclaratorias

### MEJORA DE I.T.

En el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y en el Régimen Especial Agrario, determina si el trabajador ha optado por tener cubierta la prestación económica de incapacidad temporal. (\*)

### ENTIDAD DE I.T.

En el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y en el Régimen Especial Agrario, identifica la Entidad Gestora de la Seguridad Social o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con la que se ha formalizado la cobertura de la incapacidad temporal. (\*)

### ENTIDAD DE A.T.Y E.P.

Identifica la Entidad Gestora de la Seguridad Social o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con la que se ha formalizado la cobertura de los riesgos profesionales. (\*)

### COEFICIENTE DE PERMANENCIAS EN EL SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS Y CONSERVAS VEGETALES

Coeficiente multiplicador a aplicar a los días efectivamente trabajados en el sistema especial.

### DÍAS DE TRABAJO EN EL SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS Y CONSERVAS VEGETALES

Número de días efectivamente trabajados en el sistema especial.

### DÍAS A LOS QUE NO ES DE APLICACIÓN EL COEFICIENTE DE PERMANENCIAS EN EL SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS Y CONSERVAS VEGETALES

Número de días en situación de alta en el sistema especial a los que no resulta de aplicación el coeficiente de permanencias.

### DÍAS EN ALTA

Número de días comprendidos entre la FECHA DE EFECTO DEL ALTA y la FECHA DE BAJA. En situaciones de alta el número de días se computa entre la FECHA DE EFECTO DEL ALTA y la FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME.

### PECULIARIDADES DE LOS CONTRATOS A TIEMPO PARCIAL:

Al número resultante de la diferencia entre la FECHA DE EFECTO DEL ALTA y la FECHA DE BAJA se ha aplicado el porcentaje sobre la jornada habitual de la empresa. En el supuesto de que en un período el trabajador haya tenido distintas jornadas de trabajo en cuanto a su duración, en el cálculo de los días se han tenido en cuenta todas ellas. El cálculo del número de días en situación de alta en períodos con contrato a tiempo parcial es provisional. El cálculo definitivo de los días teóricos de cotización se efectuará en función del número de horas ordinarias y complementarias efectivamente trabajadas. Este cálculo se realizará en el momento de que se efectúe una solicitud para el acceso a una prestación económica del sistema de la Seguridad Social. En cualquier caso, para las prestaciones de jubilación e incapacidad permanente, al número de días en situación de alta se le aplicará el coeficiente multiplicador de 1.5.

### PECULIARIDADES DEL CONVENIO ESPECIAL DE FUNCIONARIOS DE LA UNIÓN EUROPEA

Los días en situación de alta de este convenio especial únicamente son computables para el acceso a la prestación económica de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes.

### PECULIARIDADES DEL SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS Y CONSERVAS VEGETALES

Si en el informe constan los datos de COEFICIENTE DE PERMANENCIAS, DÍAS DE TRABAJO y/o DÍAS A LOS QUE NO ES DE APLICACIÓN EL COEFICIENTE DE PERMANENCIAS el número de días en situación de alta se calcula multiplicando los DÍAS DE TRABAJO por el COEFICIENTE DE PERMANENCIAS, sumándose al resultado obtenido los DÍAS A LOS QUE NO ES DE APLICACIÓN EL COEFICIENTE DE PERMANENCIAS.

La situación de alta de forma simultánea en dos, o más, Regímenes distintos del citado sistema -pluriactividad-, siendo una de las empresas del Sistema Especial de Frutas, Hortalizas y Conservas Vegetales, impide determinar si al número de días calculado según se ha indicado en el párrafo anterior se le deben restar días por existir una superposición de períodos cotizados. El cálculo definitivo se realizará en el momento en que se efectúe una solicitud para el acceso a una prestación económica del sistema de la Seguridad Social.

(\*) En el supuesto de que el trabajador, en cada período, haya tenido más de un contrato de trabajo, porcentaje sobre la jornada habitual de la empresa, grupo de cotización, base de cotización, mejora incapacidad temporal y/o entidad que cubre la prestación de incapacidad temporal, sólo aparece en el informe de vida laboral el último de cualquiera de estos datos.

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB43KP1EE4NI	28/12/2021	W3KIS-DFZ2X-B25MS-NWAP4-KHQBK-4N75U	5

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 29/12/2023 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES

INSS 34 DP PALENCIA

Entrada

434000 N°.  
2021434000000024  
04/01/2021 11:10:17 Dest:  
SESS43401004

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
Y PENSIONES



34

2019

17/10

*Incipit*

Registro INSS

TEMPORAL

## SOLICITUD/FINALIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL TIPO VOLUNTARIO A EFECTOS DE LAS RETENCIONES DE IRPF

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social ([http://sede\(seg-social.gob.es\)](http://sede(seg-social.gob.es))), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es).

### 1.- DATOS DEL PENSIONISTA

Primer apellido MASA	Segundo apellido GOMEZ	Nombre SANTIAGO FAUSTINO				
DNI-NIE-Pasaporte 12733005K	Domicilio habitual: (calle, plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia				
País	Apartado de correos	Teléfono				
Teléfono móvil 607 600 499	Correo electrónico					

### SOLICITA:

<input checked="" type="checkbox"/> El tipo voluntario (En cualquier caso debe ser superior al practicado actualmente a su pensión).	<input type="checkbox"/> Finalización de aplicación de tipo voluntario: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Para el ejercicio siguiente</li> <li><input type="checkbox"/> Para el ejercicio actual (solo si el tipo voluntario se ha iniciado en un ejercicio anterior)</li> </ul>
Porcentaje a aplicar <u>2,00</u> %	El nuevo tipo a aplicar será el que se desprenda de la información aportada en la comunicación de la situación personal y familiar, que sirve de base para el cálculo de las retenciones establecidas en la Ley del IRPF.

20190423

6-065 cas

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del interesado,





**Junta de  
Castilla y León**



**INSPECCIÓN MÉDICA  
A.I PALENCIA  
C PINTOR OLIVA, 8  
Tfno: 979730499  
34004 – PALENCIA  
PALENCIA**

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA

MASA GOMEZ, SANTIAGO FAUSTINO  
CALLE HOYO 4  
34210 - DUEÑAS  
PALENCIA

**S/Ref:**

**N/Ref:**

**Fecha:** 28/07/2020

**Asunto:** COMUNICACIÓN AGOTAMIENTO 12 MESES

D/D<sup>a</sup> **MASA GOMEZ, SANTIAGO FAUSTINO**, con nº de Afiliación a la Seguridad Social **340016436411**, en situación de incapacidad temporal iniciada el día 19/08/2019, le informo que:

El Real Decreto Legislativo 8/2015 (BOE 261, de 31 de octubre), en su artículo 170.2, establece que agotado el plazo de duración en incapacidad temporal de trescientos sesenta y cinco días, es competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social el seguimiento de los procesos de I.T.

Dado que su situación en incapacidad temporal, alcanza los trescientos sesenta y cinco días, le comunico que a partir de la fecha 17/08/2020, la evaluación, calificación y revisión de su proceso será llevada a cabo por el INSS a través de sus médicos evaluadores, por este motivo su facultativo de atención primaria no emitirá más partes de confirmación.

No obstante, indicarle que usted sigue en situación de incapacidad temporal, y seguirá percibiendo las prestaciones económicas que le corresponden hasta la resolución definitiva del Director Provincial del INSS.

Sin más, aprovecho la ocasión para saludarle cordialmente.

Fdo. LOPEZ GUTIÉRREZ, M<sup>a</sup> TERESA

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA

C/ LOS SOLDADOS N°15 – 34071 PALENCIA

Tel. 979706800 – Fax 979706830

YOGA  
CLUB

YOGA & CLUB

901502050

AGUSTIN MORENO  
ADMIRALIA  
E JUAN RODRIGO  
PAPALOQUE Y  
MILITAR FONDO  
ASOCIACIONES

901502050

901166565

BALASTERA.

979168000

DOMINGOS

979170460





MINISTERIO  
DE TRABAJO, MIGRACIONES  
Y SEGURIDAD SOCIAL



DIRECCIÓN PROVINCIAL

PALENCIA

REGISTRO DE:

D.P. PALENCIA

SALIDA

20194349970001877

15-10-2019/16:04:03

CENTRO DE CONTACTO 3401 CAISS

PLAZA DE LOS DOMINICOS 7 AL 13

34005 PALENCIA

Teléfono de consulta: 979170760

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

Línea de Atención: 901 16 65 65

Régimen ..... GENERAL

Número de Expediente ..... 34/2019/001710/77

I.P.F. ..... 1/012733005K

N.Afilación ..... 34/00164364/11

Fecha de hecho causante ..... 19/08/2019

SANTIAGO MASA GOMEZ  
CA. HOYO, 4  
34210 DUEÑAS  
PALENCIA

NA340001531934997001877



El director/la directora provincial de este Instituto le ha reconocido la prestación de incapacidad temporal, según se indica en el recuadro situado al pie de este escrito.

Al haberse extinguido su contrato de trabajo mientras estaba en situación de incapacidad temporal, la cuantía de la prestación será la misma que la de la prestación por desempleo hasta que finalice esta situación. (2)

Esta resolución se adopta de acuerdo con el art. 283 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social 8/2015.

La prestación se paga, en la forma que usted ha elegido, una vez que presente los partes de confirmación que justifiquen que permanece en situación de incapacidad temporal.

Si no está conforme con esta resolución, puede presentar en la Dirección Provincial una reclamación previa a la vía jurisdiccional en el plazo de 30 días hábiles contados desde el día siguiente al de recibir esta notificación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del 11/10/2011).

LA DIRECTORA PROVINCIAL

LOURDES MATE BARBERO



IMPORTE

Base reguladora Día/Mens.	%	Importe diario / mensual	Fecha de efectos económicos	Importe de las cuotas sociales	Importe Líquido	Fecha Vencimiento
(1) 64,2100	75	48,1575	01-10-19		48,1575	08-10-19
(2) 65,7700	70	36,6100	09-10-19		36,6100	17-08-20
65,7700	50	32,8850	06-04-20		32,8850	

PAGO DE LA PRESTACIÓN

Forma de pago..:	TRANSFERENCIA	Nº de cuenta...: ES40 3058 5210 86 28101****
------------------	---------------	--

(1) Subsidio del periodo de vacaciones retribuidas y no disfrutadas, calculado de acuerdo con el artículo 171 de la Ley general de la Seguridad Social.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
EC8WKQE3AEGO	15/10/2019	QYBLJ-K57C7-V45VI-6RDUZ-O7V5X-QOZY	1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





MINISTERIO  
DE TRABAJO, MIGRACIONES  
Y SEGURIDAD SOCIAL



DIRECCIÓN PROVINCIAL

PALENCIA

REGISTRO DE:

D.P. PALENCIA

SALIDA

20194349970001877

15-10-2019/16:04:03

CENTRO DE CONTACTO 3401 CAISS

PLAZA DE LOS DOMINICOS 7 AL 13

34005 PALENCIA

Teléfono de consulta: 979170760

www.seg-social.es

Línea de Atención: 901 16 65 65

Régimen ..... GENERAL

Número de Expediente ..... 34/2019/001710/77

I.P.F. ..... 1/012733005K

N.Afilación ..... 34/00164364/11

Fecha de hecho causante ..... 19/08/2019

Le comunicamos que, a partir de este momento, cobrará la prestación de incapacidad temporal a través de este Instituto, por haberse extinguido su contrato de trabajo.

Si se encuentra en desempleo cuando termine la situación de incapacidad temporal tiene un plazo de 15 días para solicitar la prestación por desempleo en la Oficina del Servicio Público de Empleo que le corresponda.

Si se le reconoce el derecho a la prestación por desempleo se descontará, del período de prestación que le corresponda, el tiempo que haya estado en incapacidad temporal desde la extinción de su contrato de trabajo:

- Si no ha consumido todo el periodo, tiene derecho a cobrar el período de prestación restante. El Servicio Público de Empleo cotizará además por usted a la Seguridad Social por el período íntegro.

- Si toda la prestación por desempleo está consumida, el Servicio Público de Empleo también cotizará por usted a la Seguridad Social por todo el período de la prestación. En este caso, podrá solicitar el subsidio por desempleo por agotamiento de la prestación, siempre que reúna los requisitos exigidos.

Si no tiene derecho a la prestación por desempleo por no tener 12 meses cotizados, podría tener derecho al subsidio por desempleo si reúne los requisitos exigidos. En este caso, del período de subsidio que le corresponda no se descontará el tiempo que esté usted en incapacidad temporal.

Puede solicitar más información en la oficina del Servicio Público de Empleo, donde le indicarán los requisitos establecidos y la documentación que necesita en cada caso.

#### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
EC8WKQE3AEGO	15/10/2019	QYBLJ-K57C7-V45VI-6RDUZ-O7V5X-QOZY	2

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE  
PALENCIA

## SUBSIDIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PAGO DIRECTO

### NOTA INFORMATIVA

**La prestación de incapacidad temporal que le ha sido reconocida, será puesta al cobro en la Oficina Pagadora que Ud. ha elegido, mediante transferencia bancaria.**

Para ello es imprescindible que Ud. haya presentado previamente los partes médicos de confirmación y, cuando proceda, el alta médica, ejemplar para la EMPRESA (para remitir al I.N.S.S.), en el CAIIS de Palencia (Plaza de los Padres Dominicos, 7-13) o en los Centros de Información de este Instituto en Aguilar de Campoo, Guardo y Cervera de Pisuerga, pudiendo hacerlo personalmente o por correo.

**ATENCIÓN:** Para evitar retrasos en el cobro de la prestación, pedimos su colaboración, instándole a presentar en los primeros días de cada mes, todos los partes de confirmación del mes anterior, a ser posible de una sola vez.

Compruebe que su nombre y apellidos, figurados en los partes médicos, se lean con claridad y recuerde siempre que debe entregarnos el ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS), válido para que podamos pagarle a Ud.

LA DIRECCIÓN PROVINCIAL,





Registro INSS

PALENCIA

ENTRADA

20194349970000883

14-10-2019/12:26:35

## PAGO DIRECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

### 1. DATOS PERSONALES

#### 1.1 DEL SOLICITANTE

Primer apellido MASA		Segundo apellido GOMEZ		Nombre SANTIAGO			
Fecha de nacimiento 25 - 07 - 1960	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	DNI-NIE-Pasaporte 12733005K	Nº de la Seguridad Social 34 - 00164364 - 11		Nacionalidad ESPAÑA		
Domicilio (calle, plaza ...) CA HOYO		Número 04	Bloque	Escalera	Piso Puerta	Teléfono móvil	Teléfono fijo
Código postal 34210	Localidad DUEÑAS		Provincia PALENCIA				

#### 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL, que actúa como:

Tutor  Tutor institucional  Graduado social  Gestor administrativo  Otros apoderados

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-Pasaporte		
Domicilio (calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono móvil	Teléfono fijo
Código postal	Localidad		Provincia					

### 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<b>Pago directo de la incapacidad temporal</b>	
8-002 (IT1) 5	
Fecha de la baja médica: 19 - 08 - 2019 derivada de:	Enfermedad común <input checked="" type="checkbox"/> Accidente no laboral <input type="checkbox"/>
Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún proceso de IT durante los 180 días anteriores al actual? Sí <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Si es trabajador del Sistema Especial Agrario por cuenta ajena:	
¿Tiene contrato vigente en la fecha de la baja médica? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un contrato como fijo discontinuo o a tiempo parcial?	
<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> NO. En este caso ¿ha prestado servicios el día de la baja médica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la fecha de la última jornada real trabajada ..... .....

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB4HIXEC4BMX	14/10/2019	KFHXB-7U7QD-CF2WC-QXEXT-NKLW3-Q54MP	1

### 3. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

Haga constar la causa que corresponda:

Empresas de menos de 10 trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de la incapacidad temporal, que lo tengan solicitado reglamentariamente.

Incumplimiento por la empresa del pago delegado

Colectivos de los extinguidos Regímenes Especiales integrados en Régimen General (Artistas, Representantes de comercio y Profesionales taurinos)

Régimen Especial de Trabajadores Autónomos

Sistemas Especiales del Régimen General (Agrario y Empleados del hogar)

Extinción recogida en el contrato

Sentencia judicial, resolución administrativa o acto firme, despido

Jubilación, incapacidad o extinción del empresario como persona jurídica

Trabajadores fijos discontinuos

Extinción producida antes de los 15 días de baja médica

Continuar en IT tras el cese voluntario en la empresa

Continuar en IT tras agotar el periodo de prestación por desempleo

Alta médica por propuesta de incapacidad permanente, siendo perceptor de la prestación por desempleo

Recaída durante la percepción del subsidio por desempleo o en situación de no alta o asimilada

Por pasar a prórroga, después de 365 días en IT, tras resolución del INSS, salvo perceptores de desempleo contributivo

Por iniciar expediente de incapacidad permanente, tras resolución del INSS

Trabajadores de entidades y organismos excluidos de la colaboración obligatoria

Trabajadores jubilados parciales

Disconformidad con la resolución del INSS que acuerda el alta tras los 365 días en IT

Pago de los días que median entre la primera resolución del alta y la fecha de recepción de la resolución

Rehabilitación de la IT tras haberse suspendido por incomparecencia a los reconocimientos médicos

Agotamiento 545 días IT en casos de colaboración

IT causada en vacaciones retribuidas y no disfrutadas

Otras causas

### 4. OTROS DATOS

#### 4.1. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF ..... %

Residencia fiscal: Provincia PALENCIA

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general.  Número de hijos .....

Tabla de pensionistas

#### 4.2. DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN CON EL SOLICITANTE (sólo para trabajadores que hayan extinguido su contrato)

Apellido y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	Grado de discapacidad	Ingresos anuales del año anterior	
					Trabajo por cuenta ajena y actividades profesion. y empre. (*)	Rendimientos de capital y/o otras rentas(*)

(\*) Para trabajo por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para el trabajo por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

#### 4.3. LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia CASTELLANO

#### 4.4. DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)

Domicilio (calle, plaza ...) Número Bloque Escalera Piso Puerta Teléfono de contacto

Código postal Localidad Provincia País Apto. de correos

#### 4.5. INFORMACIÓN TELEMÁTICA

¿DESEA recibir información por SMS? SÍ  NO

SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB4HIXEC4BMX	14/10/2019	KFHXB-7U7QD-CF2WC-QXEXT-NKLW3-Q54MP	2

## 5. ALEGACIONES

#### **6. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN**

DECLARO,

bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad temporal, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO.

mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados; la consulta de los datos de identificación personal, a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad; los datos de domicilio, a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia; los que figuran en el Registro Civil; la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos; así como para la consulta u obtención de copia de datos sobre la valoración de discapacidad, custodiados por los Servicios Sociales de carácter público. Todos estos accesos informáticos se realizarán, en todo caso, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud.

20161102

B-002 (III) 25

PALENCIA , a 14 de octubre del 20 19

Firma

Firma

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE

PALENCIA

---

## **REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

Id. CEA: DB4HIXEC4BMX Fecha: 14/10/2019 Código CEA: KFHXB-7U7QD-CF2WC-QXEXT-NKLW3-Q54MP Página: 3



## A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

34/2019/001710/77

Funcionario de contacto:

AZUCENA GONZALEZ GIL

Registro INSS

PALENCIA

ENTRADA

20194349970000883

14-10-2019/12:26:35

Apellidos y nombre:

MASA GOMEZ SANTIAGO

DNI - NIE - Pasaporte

④

12733005K

## SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

### DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN (1) EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

- DNI, pasaporte o equivalente, NIE.
- Certificado de empresa.
- Documentos de cotización de los últimos ..... meses,
- Autónomos: declaración situación de la actividad.
- Libro de familia.
- Certificado del grado de discapacidad del hijo.
- Parte de baja y/o confirmación.
- Parte de alta.
- Parte de AT/EP.
- Contrato de trabajo.
- Carta de despido.
- Otros documentos

### DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números .....

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

Fecha ..... Lugar .....

### DILIGENCIA DE COMPULSA: A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por el solicitante.

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

AZUCENA GONZALEZ GIL

Fecha 14 - 10 - 2019 Lugar PALENCIA

(1) La documentación deberá presentarla en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a la fecha en la que se le haya requerido.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 27-7-1994 (BOE del día 29), para el cálculo, control y revalorización de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
DB4HIXEC4BMX	14/10/2019	KFHXB-7U7QD-CF2WC-QXEXT-NKLW3-Q54MP	4





# SEGURIDAD SOCIA

## PARTE MEDICO DE BAJA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: **MSGM600725917011**  
 Núm. de afiliación a la Seguridad Social: **34/00164364/11**  
 Núm. Documento Nacional de Identidad **12733005K**  
 Nombre: **SANTIAGO FAUSTINO**  
 Apellidos: **MASA GOMEZ**  
 Domicilio: **CALLE HOYO 4**  
 Localidad: **DUEÑAS**  
 Provincia: **PALENCIA** Dist. Postal: **34210**  
 Teléfonos: **607600499**  
 Régimen: **REGIMEN GENERAL**

### Datos de la Seguridad Social

Entidad Emisora:  
 Situación: **ACTIVO**  
 Contingencia: **ENFERMEDAD COMUN**

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: **MANCOMUNIDAD DEL CERRATO**  
 Domicilio:  
 Localidad:  
 Provincia: **PALENCIA** Actividad: **INEXISTENTE**  
 CNO: **8432 CONDUCTORES ASALARIADOS DE CAMIONES** Dist. Postal:  
 Código CNAE:  
 Entidad de pago IT/CC: **MUTUA**  
 Mutua: **FREMAP**

### Datos de la INCAPACIDAD TEMPORAL

Duración ESTIMADA: **1 meses 10 días**  
 CONTINGENCIA: **ENFERMEDAD COMUN**  
 Fecha de la baja: **19/08/2019**  
 RECAIDA: **N**  
  
 Causa del Alta:  
 Fecha Sig. Rev. Médica: **26/08/2019**

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y Apellidos: **GONZALEZ HERRERA , YOLANDA**  
 Núm. Colegiado **34/03613-2**  
 Núm. CIAS: **1705170103J**  
 Centro de salud: **C.S. VENTA DE BAÑOS**   
 Código del centro: **17051710** 20/08/2019  
 Firma y sello,

### P.9 Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o Mutua)

### A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

#### DATOS GENERALES

Régimen:

Código de cuenta de cotización:

Código de la provincia del centro de salud que emite el parte(1):

Código nacional de ocupación (CNO)(2):

#### DATOS DEL TRABAJADOR

Número de Seguridad Social (NAF):

#### CONTRATOS:

- A tiempo parcial/fijos discontinuos:  
Suma bases cotización   
Suma de días naturales
- Resto de contratos  
Base de cotización   
Días cotizados/mes

#### OTROS DATOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES:

Cotización del año anterior por horas extras/días

Cotizaciones del año anterior por otros conceptos/días

Fecha del AT/EP

#### NORMA GENERAL PARA INFORMAR LAS BASES DE COTIZACIÓN

En los contratos a tiempo parcial, para todas las contingencias, se informará del importe de la base de cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral, con un máximo de tres meses inmediatamente anteriores al de la baja médica, así como el número de días naturales a aquellas a que correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo completo a parcial, cambio de categoría profesional, ...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.

##### Para el resto de contratos:

- En contingencias comunes: se informará el importe de la base de cotización por contingencias comunes del mes inmediatamente anterior a aquel en que se produce la baja médica o la recalcada, indicando el número de días a que corresponde tal cotización, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes que correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo parcial a completo, cambio de categoría profesional, ...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.

- En contingencias profesionales: la base reguladora se obtiene por la adición de dos sumas: A. La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior a la baja médica, sin horas extraordinarias ni otros conceptos que no hayan sido objeto de prorrata en las horas mensuales de cotización, indicando el número de días a que corresponde, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes a que correspondan.

- B. La cotización por las horas extraordinarias realizadas en el año anterior, así como las cotizaciones por otros conceptos retribuidos que no hayan sido objeto de prorrata en las mensuales de cotización (pluses y retribuciones complementarias computables) del año anterior, entre 365 días o, si la antigüedad es inferior a un año, entre el número de días anteriores a la baja, que el trabajador haya permanecido de alta en la empresa.

**RECUERDE:** Si la baja médica del trabajador es por enfermedad común y no acredita 180 días cotizados en los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de la baja, no tendrá derecho al subsidio de incapacidad temporal y, por esta razón, la empresa no podrá descontar su importe de las cotizaciones.

(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora (SPS, INSS/ISM y MUTUA) de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

(2) Dato obligatorio para calcular la duración estimada del proceso en relación con la profesión, la edad y la enfermedad/accidente del trabajador.





## RESOLUCIÓN SOBRE RECONOCIMIENTO DE BAJA: REGIMEN GENERAL

La Tesorería General de la Seguridad Social ha procedido a reconocer la baja en el Régimen General de D./Dña. **SANTIAGO MASA GOMEZ**, con número de afiliación **34 0016436411** y **DNI 012733005K**, con fecha **30/09/2019**, como trabajador de **MANCOMUNIDAD DEL CERRATO** con código de cuenta de cotización **0111 34 003013210**.

La fecha de efectos con que se reconoce la baja es la que se indica a continuación: **30 de septiembre de 2019**.

Contra esta resolución podrá interponerse recurso de alzada ante el Director/a de la Administración/Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social en el plazo de un mes, a contar desde el día siguiente al de su notificación, todo ello de conformidad con lo dispuesto en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (B.O.E. del día 2 de octubre).

De conformidad con los términos de la autorización número **85686**, concedida en fecha **23/02/2005** a **MANCOMUNIDAD DEL CERRATO** por la Tesorería General de la Seguridad Social, certifico que estos datos han sido transmitidos y validados por la misma e impresos de forma autorizada, surtiendo efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones conforme al artículo uno de la Orden ESS/484/2013 de 26 de marzo (BOE de 28 de marzo).



### DATOS DE CARÁCTER INFORMATIVO:

La causa de la baja es la siguiente: **BAJA OTRAS NO VOLUNT**

Según el plazo de presentación de la solicitud la baja es del siguiente tipo: **BAJA PREVIA**

La fecha de finalización de las vacaciones retribuidas y no disfrutadas por el trabajador/a es la siguiente:\*\*\*

### CODIFICACIONES INFORMÁTICAS

REFERENCIA:	FECHA:	HORA:	HUELLA:		PÁGINA:
A1721909000001	23-09-2019	19:08:08	QOLB7HGO		1





MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES



**CENTRO DE CONTACTO DIRECCIÓN PROVINCIAL**

AVDA. COMUNIDAD EUROPEA, 16

34004 PALENCIA

Teléfono de consulta: 979168000

www.seg-social.es

Línea de atención: 901 16 65 65

Teléfono cita previa en CAISS: 901 10 65 70

Trabajador D/Dº:

SANTIAGO MASA GOMEZ

Número de Expediente .....: 34-2019-00008821-42

I.P.F. .....: 1/012733005K

N.Afilación .....: 34-00164364-11

Fecha de hecho causante .....: 19-08-2019

IOAOFEIB

**DIRECCIÓN PROVINCIAL**

PALENCIA

REGISTRO DE:

D.P. PALENCIA

SALIDA

20204349850001597

22-10-2020-17:10:29

SANTIAGO MASA GOMEZ  
CA. HOYO, 4  
34210 DUEÑAS  
PALENCIA



NA340001532034985001597

Una vez agotada con fecha 17-08-2020 la duración máxima de 365 días de la incapacidad temporal (IT) que tiene usted reconocida, la directora provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, ha resuelto conceder la prórroga de la prestación, inicialmente por un plazo máximo de hasta 180 días, sin perjuicio de que su duración se concrete en un plazo inferior de acuerdo a la evolución médica clínica de su enfermedad, todo ello de acuerdo con el artículo 170.2 de la Ley general de la Seguridad Social.

La situación de prórroga se reconoce en base a que durante dicho periodo puede ser dado de alta médica por curación o por recuperación de la capacidad profesional. Por tanto, durante la prórroga mencionada se podrán efectuar los controles que se consideren oportunos con el fin de concretar la situación de recuperación o mejoría que le permita trabajar. Por ello la siguiente revisión prevista será a partir del día 15-12-2020, no obstante, dicha fecha se podrá modificar en función de la evolución clínica de su proceso de acuerdo a los datos que se disponen en esta Entidad de su situación médico-laboral.

La prestación de IT que venía percibiendo le será abonada a través del mismo organismo por el que la percibe actualmente.

Si no está conforme con esta resolución, puede presentar en la Dirección Provincial una reclamación previa a la vía jurisdiccional en el plazo de 30 días hábiles contados desde el día siguiente al de recibir esta notificación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del 11/10/2011).

LA DIRECTORA PROVINCIAL

LOURDES MATE BARBERO

**REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
4C31VI1E9CJI	22/10/2020	GXRVRZ-FT2ZB-YYYQ3-UMCZG-ELYJC-AETTO	1

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.





## PROPIUESTA DE RESOLUCIÓN

Artº. 170.2

**PRESTACIÓN: INCAPACIDAD TEMPORAL**

**EXPEDIENTE Nº** 34-2019-00008821-42

**FECHA** 22-10-2020

Reunido el Equipo de Valoración de Incapacidades/la Comisión de Evaluación de Incapacidades, de esta Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, visto el expediente del trabajador:

DATOS PERSONALES		
Nombre y apellidos	SANTIAGO MASA GOMEZ	
Fecha de nacimiento 25-07-1960	DNI/NIE 1/012733005K	NASS 34-00164364-11
DATOS LABORALES		
Nombre/Razón Social de la Empresa	MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	
Profesión del trabajador CONDUCTOR		Régimen REGIMEN GENERAL
Contingencia ENFERMEDAD COMUN	Alta o asimilada	Fecha baja IT 19-08-2019

Determinado el diagnóstico:

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST KILLIP I. ENFERMEDAD CORONARIA: LESIÓN SEVERA EN CIRCUNFLEJA OSTIAL, BISETRIZ PROXIMAL, CORONARIA DERECHA PROXIMAL Y DISTAL REVASCULARIZADAS CON STENT RECUBIERTO. FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA CONSERVADA.

Y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes:

SCASEST. Enfermedad coronarias de 2 vasos. ACTP con stent en CDp, CDd, CXp Y Bisetriz (revascularización completa). Función ventricular izquierda conservada. Dislipemia. Clase funcional NYHA II. Pautada RHB cardiaca.

Y analizado el cuadro clínico actual y las tareas realizadas por el trabajador, este Equipo de Valoración de Incapacidades/Comisión de Evaluación de Incapacidades, propone al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

- Reconocer la situación de prórroga expresa hasta el próximo reconocimiento médico que podrá efectuarse a partir del 15-12-2020
- Iniciar un expediente de Incapacidad Permanente.
- Emitir el alta médica.

EL PRESIDENTE

INMACULADA ROJO PRIETO

EL SECRETARIO

EMERENCIANA GONZALEZ MARTINEZ

El Director Provincial del INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL acepta íntegramente el contenido de esta propuesta elevándola, en el día de la fecha a definitiva.

22 de OCTUBRE de 2020  
LA DIRECTORA PROVINCIAL

LOURDES MATE BARBERO

CEA: UXZD6ZDQ88OK



34;19;00008821;102;012733005K;03;001;21463

