

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/D^a 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

10.764 días
29 Años
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 simultanea 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

10.567 días
28 Años
11 meses
6 días

(19 meses) de BAJA
FALTAN DE COTIZAR LOS 2 AÑOS DE
DNCAPACIDAD. (YA NO PUEDE 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 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 ESPAÑA

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES



TESORERÍA 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	
GENERAL	34075011155 PRESTACION DESEMPLEO. EXTINCION	02.12.2017	02.12.2017	01.04.2018	---	---	10	121
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	05.06.2017	05.06.2017	01.12.2017	401	---	10	180
AGRARIO	34102101050 C. MENSUAL DE SALAS ORTEGA AMADA PAULA	13.10.2016	13.10.2016	01.11.2016	401	---	08	20
GENERAL	34000724111 AYUNTAMIENTO DE DUEÑAS	14.04.2016	14.04.2016	10.10.2016	401	---	10	180
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	15.07.2015	15.07.2015	15.09.2015	401	---	08	63
GENERAL	34003013210 MANCOMUNIDAD DEL CERRATO	14.07.2014	14.07.2014	15.09.2014	401	---	08	64
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	22.02.2000	22.02.2000	15.04.2001	401	---	08	419
GENERAL	24102469767 CONSTRUCCION,S.A.DRAGADOS CONS	01.10.1999	01.10.1999	04.02.2000	014	---	08	127
GENERAL	24102423186 DRAGADOS OBRAS Y PROYECTOS,S.A.	09.08.1999	09.08.1999	30.09.1999	014	---	08	53
GENERAL	24101255550 GRUPO DRAGADOS, S.A.	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 U.T.E.FOMENTO CONST.CONTRATAS.S.A.DRAGADO	15.02.1996	15.02.1996	30.06.1996	---	---	09	137
GENERAL	34075011155 MANIPULADOS SANDRA, S.L.	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.

INFORME DE VIDA LABORAL

Situaciones

DATOS IDENTIFICATIVOS		
NOMBRE Y APELLIDOS	Nº SEGURIDAD SOCIAL	DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
SANTIAGO MASA GOMEZ	340016436411	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.



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°.

20214340000000024

04/01/2021 11:10:17 Dest:

SESS43401004

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

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>), 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.

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). Porcentaje a aplicar <u>2,00</u> %	<input type="checkbox"/> Finalización de aplicación de tipo voluntario: <input type="checkbox"/> Para el ejercicio siguiente <input type="checkbox"/> Para el ejercicio actual (solo si el tipo voluntario se ha iniciado en un ejercicio anterior) 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.
--	--

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,

[Firma manuscrita]

SR/A. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE _____

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE PALENCIA

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



LA MÉDICA INSPECTORA

Fdo. LÓPEZ GUTIÉRREZ, M^a TERESA

901502050

901 16 6565

BALASTERA.

979168000

DOMINICOS

979170760



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.Afiliación: 34/00164364/11
Fecha de hecho causante: 19/08/2019

SANTIAGO MASA GOMEZ
CA. HOYO, 4
34210 DUEÑAS
PALENCIA



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



IMPORTES

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 período 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-QOZYZ	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.

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.Afiliación: 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 periodo 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-QOZYZ	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 CAISS 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,



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Registro INSS

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

PALENCIA

ENTRADA

20194349970000883

14-10-2019/12:26:35

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 <input type="checkbox"/> Tutor institucional <input type="checkbox"/> Graduado social <input type="checkbox"/> Gestor administrativo <input type="checkbox"/> Otros apoderados <input type="checkbox"/>									
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

Pago directo de la incapacidad temporal

Enfermedad común ☒ Accidente no laboral ☐
 Fecha de la baja médica: 19 - 08 - 2019 derivada de:
 Accidente de trabajo ☐ Enfermedad profesional ☐

¿Ha tenido algún proceso de IT durante los 180 días anteriores al actual? SÍ ☐ NO ☒

Si es trabajador del Sistema Especial Agrario por cuenta ajena:

¿Tiene contrato vigente en la fecha de la baja médica? SÍ ☐ NO ☐

¿Tiene un contrato como fijo discontinuo o a tiempo parcial?

☐ SÍ

☐ NO. En este caso ¿ha prestado servicios el día de la baja médica? SÍ ☐ NO ☐ 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

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 13/10/2021 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

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/ suspensión de la relación laboral durante la situación de la IT:

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 medien 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)

Apellidos 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

Código IBAN:		CÓDIGO PAÍS		CCC																					
EN VENTANILLA	<input type="checkbox"/>			ENTIDAD				OFICINA/ SUCURSAL				DIG. CONTROL		NÚMERO DE CUENTA											
EN CUENTA/ LIBRETA	<input checked="" type="checkbox"/>	E	S	4	0	3	0	5	8	5	2	1	0	8	6	2	8	1	0	1	0	3	1	1	3

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.

PALENCIA, a 14 de octubre del 20 19

Firma

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE PALENCIA

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

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 13/10/2021 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.



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

12733005K

4

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

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

- 1 ☐ DNI, pasaporte o equivalente, NIE.
- 2 ☐ Certificado de empresa.
- 3 ☐ Documentos de cotización de los últimos meses,
- 4 ☐ Autónomos: declaración situación de la actividad.
- 5 ☐ Libro de familia.
- 6 ☐ Certificado del grado de discapacidad del hijo.
- 7 ☐ Parte de baja y/o confirmación.
- 8 ☐ Parte de alta.
- 9 ☐ Parte de AT/EP.
- 10 ☐ Contrato de trabajo.
- 11 ☐ Carta de despido.
- 12 ☐ Otros documentos

Recibí

Firma

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

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada hasta la fecha 13/10/2021 mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

194139. XML



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

Certificado de empresa

D/Dña ABARQUERO ABARQUERO JUAN A
que desempeña en la empresa el cargo de PRESIDENTE

CERTIFICA: A efectos de solicitud de prestación por desempleo, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización de la persona trabajadora que a continuación se consignan.

1. Datos de la empresa

Nombre o razón social **MANCOMUNIDAD DEL CERRATO**

Régimen Seguridad Social:

Código **0111** Denominación **RÉGIMEN GENERAL** Código Cuenta Cotización **34003013210**

Domicilio Social **ESPAÑA 00008**

Localidad **VILLAMURIEL DE CTO** Código Postal **34190** Provincia **PALENCIA**

Actividad Económica (1):

Clave CNAE **8411** Denominación **SERVICIOS**

Domicilio y localidad del centro de trabajo (si es distinto del domicilio social)

2. Datos de la persona trabajadora

Nombre y apellidos **MASA GOMEZ SANTIAGO** DNI o NIE **12733005K** N° Afiliación SS **340016436411**

Grupo de cotización 08

Contrato (2): Tipo 401

Duración

Profesión/Categoría profesional:

Código (3)	8432	Denominación	Conductores asalariados de camiones
------------	------	--------------	-------------------------------------

Cargo público o sindical(4) _____ dedicación _____ %

Fecha alta en empresa 01-07-19

Suspensión/extinción de la relación laboral(5):

Código 11 Causa Fin de contrato temporal

Fecha suspensión/extinción 30-09-19 Fecha fin suspensión - - N° ERTE (6)

Reducción de jornada por (7):

Reducción temporal de la jornada o ERTE _____ % , cuidado de hijos/as o familiares, o víctima de violencia de género _____ %

Nº de días de salarios de tramitación: _____ del _____ al _____

3. Cotizaciones por contingencias comunes y de desempleo

Bases de cotización de los últimos 180 días precedentes a la fecha de la suspensión/extinción de la relación laboral.

AÑOS	MES	Nº DIAS COTIZADOS (8)	BASE CONTINGENCIAS COMUNES (9)	BASE COTIZACION DESEMPLEO (10)	OBSERVACIONES (11)
2019	SEPTIEMBRE	30		1.926,30	No acompaña TC-2
2019	AGOSTO	30		1.926,38	Autorización TGSS
2019	JULIO	30		1.926,42	Número: 85686
					Fecha: 01032005
Por vacaciones anuales, retribuidas y no disfrutadas antes de la fecha de la suspensión/extinción en la empresa. (13)		08		452,58	
TOTAL		098		6.231,68	

VILLAMURIEL DE CT a 30 de SEPTIEMBRE de 0219

Fdo.:

Sello de la Unidad



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: Actividad: INEXISTENTE
 Provincia: PALENCIA Dist. Postal:
 CNO: 8432 CONDUCTORES ASALARIADOS DE CAMIONES
 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 las bases 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 recaída, 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, si horas extraordinarias u otros conceptos que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, indicando el número de días a que corresponde, que será de 30 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 prorrateo en las bases 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 estimación 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 terminos 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).



Fdo: BLANCO CABALLERO JUAN ANTONI

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

D.P. PALENCIA
SALIDA
20204349850001597
22-10-2020-17:10:29

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./Dª:

SANTIAGO MASA GOMEZ

Número de Expediente: 34-2019-00008821-42

I.P.F.: 1/012733005K

N.Afiliación: 34-00164364-11

Fecha de hecho causante: 19-08-2019

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 médico 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:
4C31V1E9CJI	22/10/2020	GXVRZ-FT2ZB-YYYQ3-UMCZG-ELYYC-AETTO	1



PROPUESTA 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, BISECTRIZ 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 Bisetritz (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

