

CERTIFICADO DE EMPRESA DEL SISTEMA ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA AJENA AGRARIOS DEL RÉGIMEN GENERAL, PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

D/Dª con DNI - NIE - pasaporte

que desempeña en la empresa el cargo de

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de (11)

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social				Código de cuenta de cotización				
Domicilio habitual: (calle, plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad			Provincia				Teléfono	

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre		Nº de la Seguridad Social	DNI - NIE - Pasaporte
--------------------	--	---------------------------	-----------------------

DATOS LABORALES

Profesión y categoría	Grupo de cotización	Fecha de alta en la empresa	Fecha de baja, real o prevista en la empresa(1)
-----------------------	---------------------	-----------------------------	---

Fecha del último día de trabajo, previo a la extinción o suspensión del contrato	Tipo de contrato(2)	Causa de la extinción o suspensión del contrato(3)
--	---------------------	--

¿Tiene días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas? (4) SÍ NO Número de días desde hasta

DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL: Fecha de la baja médica

BASES DE COTIZACIÓN DE LOS MESES ANTERIORES AL DE LA BAJA MÉDICA(5) o, en su defecto, del mismo mes

Año	Mes(6)	Número de días cotizados(7)	Base de contingencias comunes	Base de contingencias profesionales(8)	Horas extras	Trabajador con:
						Contrato indefinido <input type="checkbox"/>
						Contrato de duración determinada <input type="checkbox"/>
						Cotización mensual <input type="checkbox"/>
						Cotización por jornadas reales <input type="checkbox"/>
						Fecha del último día trabajado
						Número de jornadas reales trabajadas en el último mes de trabajo
Por vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes de la fecha del cese en la empresa (9)						
Observaciones(10)						

..... a de de 20.....

Firma y sello

Información sobre protección de datos personales

- **Responsable:** **umivale** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale** en su condición de Mutua Colaboradora con la SS.
- **Destinatarios:** Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Seguridad Social y Organismos dependientes. Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales.
- **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros, remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

En caso de existir pluriempleo se deberá presentar un certificado de empresa por cada relación laboral.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA LA EMPRESA

- (1) Para trabajadores con contrato de duración determinada se cumplimentará con la fecha prevista de finalización del contrato en vigor.
- (2) Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo-discontinuo, administrativo, etc.
- (3) Por extinción del contrato durante el período de prueba, finalización del contrato, a instancia del empresario (despido procedente, improcedente o causa objetiva), expediente de regulación de empleo, etc.

En el supuesto de finalización de un contrato temporal se hará constar el motivo por el que no se ha prorrogado (por voluntad del empresario o por voluntad del trabajador).

Si el cese ha sido en un contrato de interinidad se reflejará si se ha debido a la incorporación del/de la trabajador/a, cuyo puesto se estaba ocupando, o por otro motivo.

- (4) Se harán constar, en su caso, los días de vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización de la relación laboral, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 209.3 de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio.

La cotización de las vacaciones no disfrutadas será objeto de liquidación complementaria a la del mes de la extinción del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional segunda de la Orden TAS/118/2003, de 31 de enero por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, desempleo, fondo de garantía salarial y formación profesional.

- (5) En este apartado se deben cumplimentar las bases de cotización siguientes:
 1. Cuando exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, hasta 6 meses naturales completos anteriores al de la baja médica.

En este supuesto, si la extinción de la relación laboral se va a producir en medio de un mes, se indicará el número de días exactos hasta la fecha de dicha extinción, correspondientes a ese mes y se añadirán los necesarios, mes a mes, hasta completar un total de 180 días.

2. Cuando no exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, las correspondientes al mes anterior al de la fecha de la baja médica, o en su caso del mismo mes.
- (6) Indicar el mes correspondiente.
- (7) Indicar el número de días cotizados o de jornadas reales realizadas en el mes. Si han de cumplimentarse las bases de cotización correspondientes al mes de la baja médica, para dicho mes se consignarán las jornadas reales realizadas (o en su caso los días trabajados) y los previstos por realizar hasta fin de mes.
- (8) Se excluirán de las bases de cotización las correspondientes a las horas extraordinarias.
- (9) Si no hay vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese, o corresponden a una relación laboral inferior a 12 días, se hará constar cero. Si hay, en todo caso, se han de redondear al entero superior.
- (10) Indicar cualquier otra circunstancia especial referida a la cotización (huelga, suspensión por sanción sin empleo y sueldo, etc.). En el caso de no disponer de espacio suficiente, puede adjuntar una hoja aclaratoria.
- (11) Se identificará la finalidad de la expedición del certificado a efectos de la prestación de la Seguridad Social que se pretende solicitar: Incapacidad Temporal, Reducción de la jornada por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.