

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA O EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

**Sólo cumplimentar en el caso de trabajadoras por cuenta ajena y empleadas del hogar.*

D/Dª _____ con DNI-NIE-TIE _____
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 de consignan.

1. DATOS DE LA EMPRESA

Razón social		Código de Cuenta de Cotización					
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Teléfono			

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos		Nombre		Teléfono		DNI - NIE- TIE	
Domicilio		Núm.	Bloque	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Nº Afiliación Seguridad Social			
Profesión	Grupo de cotización	Tipo de contrato		Régimen		Fecha de suspensión contrato	

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO⁽²⁾

A. Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado B.							
Base de Contingencias Profesionales				Número de días			
B. Bases de cotización por horas extraordinarias y otros, en los doce meses anteriores a la suspensión. <small>(2) Deberán certificarse las bases de cotización de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato, incluyendo las horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización.</small>							
Base de Contingencias Profesionales				Número de días:			
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL O FIJO DISCONTINUO: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de suspensión del contrato de trabajo.				RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA			
				Trabajadora: <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual Núm. Jornadas reales mes anteriores a la baja:			
Año	Mes	Núm. Días cotizados	Base AT / EP	Salario real de la trabajadora:	€/día	
Totales							

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del responsable y sello

Información sobre protección de datos personales

Responsable: umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale Activa en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **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. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale Activa, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.