



**CERTIFICADO DE EMPRESA sobre situación laboral del trabajador/a para los supuestos de prolongación de efectos económicos hasta calificación de incapacidad permanente, alta médica y declaración de disconformidad del art. 170.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social <sup>(1)</sup>**

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

D/D<sup>a</sup> ..... 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 y profesionales que a continuación se consignan:

**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				DNI - NIE - pasaporte			
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia				Teléfono	
Número de Seguridad Social	Categoría	Fecha de alta en la empresa			Fecha de baja en la empresa		

**Datos de la incapacidad temporal**

Fecha de la baja médica .....

Fecha de extinción efectos económicos de la incapacidad temporal .....

SÍ se ha incorporado al trabajo. Fecha de incorporación .....

NO se ha incorporado al trabajo hasta la fecha de esta certificación

Observaciones:

Lo que se certifica a efectos de que se le abone la prestación de incapacidad temporal en pago directo por el INSS, durante el periodo correspondiente.

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

Firma y sello,

<sup>(1)</sup> Sólo para trabajadores/as que tengan cubiertas las contingencias con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.