



## CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DEL LACTANTE

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, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social						Código de cuenta de cotización (1)		
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad			Provincia				Teléfono	

### 2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A PARA LA PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DEL LACTANTE

Apellidos y nombre			DNI - NIE - pasaporte		Número de la Seguridad Social		
Fecha de alta en la empresa	Grupo de cotización	¿Cotiza por desempleo?			Fecha de baja en la empresa (en su caso)		
			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

### 3. DATOS DEL LACTANTE POR EL QUE SE SOLICITA LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
-----------------	------------------	--------

### 4. DATOS DE LA REDUCCIÓN DE LA JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE

La reducción de jornada de trabajo se inicia desde el día ..... hasta .....			
Número de jornadas de trabajo semanales: .....			
Número de horas de trabajo semanales: .....			
Número de horas de trabajo reducidas semanales: .....			
Porcentaje de la reducción de la jornada de trabajo (2): ..... %			
¿Tiene reducción de jornada por guarda legal? (3) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, indique desde qué fecha ....., e informe en el apartado siguiente de la base de cotización por contingencias comunes que le hubiera correspondido en el mes anterior al inicio de la reducción de jornada de trabajo por cuidado del lactante indicada en el apartado 3, sin aplicación de reducción de jornada por guarda legal.			
Año	Mes	Num. de días	Base de cotización de contingencias comunes
Observaciones			

**5. BASE DE COTIZACIÓN POR CONTINGENCIAS COMUNES DEL MES ANTERIOR AL INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE** (en caso de un contrato a tiempo parcial / fijo discontinuo se certificarán los 3 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del inicio de la reducción de jornada)

Año	Mes	Núm.de días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Observaciones

**SISTEMA ESPECIAL AGRARIO DEL RÉGIMEN GENERAL<sup>(4)</sup>**

Tipo de contrato:

Indefinido  Temporal  Fijo discontinuo

Modalidad de cotización:

Mensual  Jornadas reales (diaria)

Indique el último día de trabajo, previo a la reducción de jornada por cuidado del lactante .....

Indique la fecha prevista de finalización del contrato de trabajo .....

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

Firma y sello,

(1) Trabajadores del Sistema Especial de Empleados de Hogar: se cumplimentará el certificado por la persona empleadora.

(2) El cálculo se efectuará dividiendo el número de horas semanales reducidas entre las horas semanales que deberían realizarse si la jornada no fuera reducida. El resultado se multiplicará por 100.

(3) Siempre que se encuentre dentro de los tres primeros años del periodo de reducción de jornada, según se recoge en el art.º 237.3, párrafo 1º, de la Ley General de la Seguridad Social.

(4) Cuando los trabajadores a los que se refiere el certificado pertenezcan al Sistema Especial Agrario, además de los datos generales, la empresa debe cumplimentar este apartado ya que son datos fundamentales para el cálculo del subsidio.