Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro INSS

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA A PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDADE NO COIDADO DO LACTANTE

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

D./Dª..... co DNI - NIE - pasaporte .....

que exerce na empresa o cargo de.....

ACREDITA que son certos os datos relativos á empresa, así como os persoais, profesionais e de cotización, que a seguir se consignan:

1. DATOS DA EMPRESA

Nome ou razón social						Código de conta de cotización (1)
Enderezo habitual: (rúa, praza …)	Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Código postal
Localidade	Provincia					Teléfono

2. DATOS DO/DA TRABALLADOR/A PARA A PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDADE NO COIDADO DO LACTANTE

Apelidos e nome			DNI - NIE - pasaporte	Número da Seguridade Social
Data de alta na empresa	Grupo de cotización	¿Cotiza por desemprego? SÍ ☐ NON ☐		Data de baixa na empresa (no seu caso)

20251112

3. DATOS DO LACTANTE POLO QUE SE SOLICITA A PRESTACIÓN

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome

4. DATOS DA REDUCIÓN DA XORNADA POLO COIDADO DO LACTANTE

A redución da xornada de traballo comeza a data ..... ata .....

Número de xornadas de traballo semanais: .....

Número de horas de traballo semanais: .....

Número de horas de traballo reducidas semanais: .....

Porcentaxe da redución da xornada de traballo (2) : ..... %

¿Ten redución de xornada por garda legal? (3) SÍ ☐ NON ☐

En caso afirmativo, indique dende que data ....., e informe no apartado seguinte da base de cotización por continxencias comúns durante o mes anterior á data de inicio da redución de xornada de traballo por coidado do lactante indicada no apartado 3, sen aplicación da redución da xornada por garda legal.

Ano	Mes	Num. de días	Base de cotización de continxencias comúns

Observacións

C-143 gal V.3

5. BASE DE COTIZACIÓN POR CONTINXENCIAS COMÚNS DO MES ANTERIOR Á DATA DE INICIO DA REDUCIÓN DE XORNADA POR COIDADO DO LACTANTE (no caso dun contrato a tempo parcial / fixo-descontinuo deberán certificarse os tres meses inmediatamente anteriores ao mes previo ao da redución da xornada)

Ano	Mes	Núm.de días cotizados	Base de cotización de continxencias comúns	Observacións

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO DO RÉXIME XERAL4)

Tipo de contrato:

Indefinido ☐ Temporal ☐ Fixo discontinuo ☐

Modalidade de cotización:

Mensual ☐ Xornadas reais (diaria) ☐

Indique o último día de traballo, anterior á redución da xornada por coidado do lactante .....

Indique a data prevista de remate do contrato de traballo .....

20251112

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

Sinatura e selo

C-143 gal V.3

(1) Traballadores do sistema especial de empregados do fogar: cubrirase o certificado pola persoa empregadora.

(2) O cálculo efectuarase dividindo o número de horas semanais reducidas entre as horas semanais que deberían realizarse se a xornada non fose reducida. O resultado multiplicarase por 100.

(3) Sempre que se ache dentro dos tres primeiros anos do período de redución de xornada, segundo se recolle no artº 237.3, parágrafo 1º, da Lei Xeral da Seguridade Social.

(4) Cando os traballadores aos que se refire a acreditación pertenzan ao Sistema Especial Agrario, ademais dos datos xerais, a empresa debe encher este cadro xa que son datos fundamentais para o cálculo do subsidio.