



Informe de Datos para la Cotización -Trabajadores por Cuenta Ajena-

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
NSS:	DOC. IDENTIFICATIVO:	NÚM:	SEXO:	NACIMIENTO:
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA				
RAZÓN SOCIAL:			C.C.C.:	DNI/NIE/CIF:
ACT. ECONÓMICA:			RÉGIMEN:	
PERIODO: Desde.: Hasta.:				

OTROS DATOS									
TIPO CONTRATO:		ALTA:		BAJA:					
R.L.C.E.:		COTIZACIÓN ADICIONAL:		INICIO CONTRATO DE TRABAJO					
COEF. TIEMPO PARCIAL:		REDUCCIÓN JORNADA/COEFIC.:		FECHA:		EDAD:			
G. COTIZACIÓN*:		RELEVO:		TIPO DE INACTIVIDAD /COEFIC.:		C.C.C.:			
TRABAJADOR SUSTITUTO*:		OCUPACIÓN*:		FIN CONTRATO DE TRABAJO:					
TRABAJADOR SUSTITUIDO:		CAUSA DE SUSTITUCIÓN:		FECHA EFECTOS BAJA:					
COLECTIVO S/EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:				DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-					
S.E.A.		MODALIDAD DE COTIZACIÓN:		GRADO S/EMPRESA:		GRADO ACREDITADO:			
		JORNADAS REALES REALIZADAS:		JORNADAS REALES PREVISTAS:		TIPO:		PENSIONISTA INCAP.:	
R.E.T.M.		ZONA ESPECIAL CANARIAS*:							
R.E.M.C.		CATEGORÍA PROFESIONAL*:							
CONDICIÓN DESEMPLEADO S/EMPRESA:				CUANTÍA GLOBAL BONIFICACIÓN:					
PARTO ÚLTIMOS 24 MESES:		INCAPACITADO READMITIDO:		VICTIMA VIOLENCIA:					
RENDA ACTIVA INSERCIÓN:		TRABAJADOR DE AUTÓNOMO:		CAMBIO PUESTO TRABAJO:					
MUJER SUBREPRESENTADA:		EXCLUSIÓN SOCIAL:		EXCEDENTE SECTOR INDUSTRIAL INCENTIVADO:					
MUJER REINCORPORADA:		ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS:							
PÉRDIDA DE BENEFICIOS		POR TRABAJADOR		CAUSA:		EFECTOS:			
		POR EMPRESA		CAUSA:		DESDE:		HASTA:	
SUSPENSIÓN POR SITUACIONES QUE PUEDEN DAR ORIGEN A PRESTACIONES POR CORTA DURACIÓN DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Tipo de suspensión / Desde/Hasta)									

PECULIARIDADES DE COTIZACIÓN	TIPO DE PECULIARIDAD	PORCENTAJE/TIPO	CUANTÍAS/MES	FRACCIÓN DE CUOTA	DESDE	HASTA	CLV

TIPOS DE COTIZACIÓN*	CONTINGENCIAS PROFESIONALES: IT:	I.M.S.:	TOTAL:	DESEMPLEO:
----------------------	----------------------------------	---------	--------	------------

De conformidad con los términos de la autorización número _____, concedida en fecha _____

a _____ por la Tesorería General de la Seguridad Social, certifico que estos datos han sido transmitidos y validados por la misma e impresos de forma autorizada, surtiendo efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones conforme al artículo dos de la Orden de 3 de abril de 1995 (BOE de 7 de abril)

Fdo.:

El titular de la autorización

CODIFICACIONES INFORMATICAS					
REFERENCIA:	FECHA:	HORA:	HUELLA:	PÁGINA:	1 de 1