

# GUÍA DE PRESENTACIÓN COSTES SALARIALES

## CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO

# Índice

1. Introducción .....	3
2. Presentación de solicitud .....	4
3. Subsanación o mejora de la solicitud. ....	15
3.1 Subsanación del mes o importe solicitado. ....	16
4. Registro de apoderamiento APODERA. ....	16
5. Sujeción a la guía de presentación.....	17
6. Anexos .....	18
Anexo A: Solicitud de Informe de Adecuación al Puesto de Trabajo. ....	19
Anexo B: Documentación de Alta en la Empresa. ....	23
Anexo C: Documentación de Baja en la Empresa.....	35
Anexo D: Documentación de variación de jornada. ....	37
Anexo E: Documentación de prórroga del contrato. ....	40
Anexo F: Documentación de transformación del contrato. ....	43
Anexo G: Documentación de incapacidad temporal. ....	54
Anexo H: Modelo normalizado de registro de apoderamiento APODERA. ....	56



## 1. Introducción

Los técnicos encargados de la supervisión de las subvenciones de costes salariales dedicamos un tiempo importante del expediente a la gestión documental. En muchas ocasiones, este tiempo se excede de lo prudente debido a la forma de presentar la solicitud por parte de los CEE.

Así pues, es habitual que los técnicos del SEF tengan que abrir los documentos sin saber qué es lo que hay dentro, realizando diversas tareas de gestión documental, depurar duplicidad, renombrar, dividir o fusionar documentos.

El objetivo de esta GUÍA es aclarar la forma de presentación de la documentación de la subvención de costes salariales. De tal forma, que permita fiscalizar a los técnicos de una forma más ágil, redundando en unos tiempos de resolución más cortos.

## 2. Presentación de solicitud

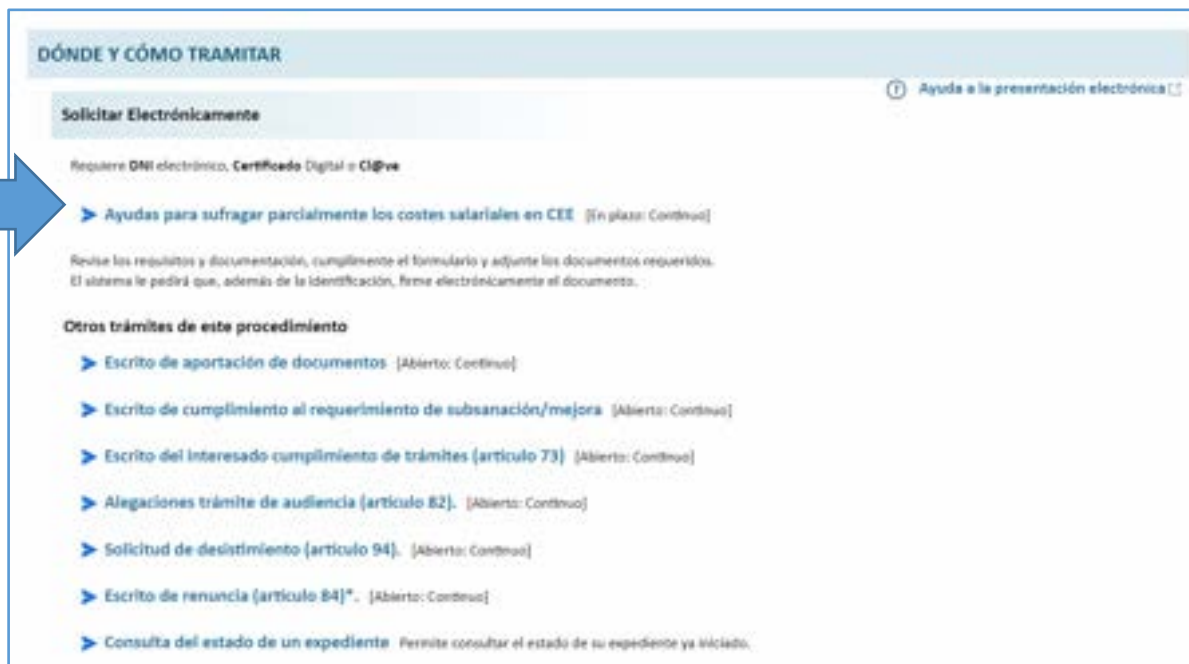
En el procedimiento 1933 de la sede electrónica se presentará dentro de los primeros 15 días naturales del mes, las solicitudes de subvención destinadas a sufragar parcialmente los costes salariales que hubieran abonado a sus trabajadores en el mes inmediatamente anterior.

Se facilita el enlace de la sede electrónica

[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1933&IDTIPO=240&DEXEL=S&RASTRO=c\\$m40288](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1933&IDTIPO=240&DEXEL=S&RASTRO=c$m40288)



The screenshot shows the 'Sede Electrónica' website interface. At the top, there is a navigation menu with options: 'INFORMACIÓN GENERAL', 'MI CARPETA CIUDADANA', 'REALIZAR UN TRÁMITE', and 'ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA'. Below the menu, the main heading reads 'Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales de los CEE (código 1933) (SIA 201860)'. Underneath, there is a section titled 'INICIAR TRÁMITES' with a button labeled 'Solicitar Electrónicamente'. A blue arrow points from the left towards this button with the text 'Electrónicamente'.



The screenshot shows the 'DÓNDE Y CÓMO TRAMITAR' section. It includes a sub-section 'Solicitar Electrónicamente' with the following details:

- Requiere DNI electrónico, Certificado Digital o Cl@ve
- Ayudas para sufragar parcialmente los costes salariales en CEE [En plazo: Continuo]
- Revisa los requisitos y documentación, cumplimenta el formulario y adjunte los documentos requeridos. El sistema le pedirá que, además de la identificación, firme electrónicamente el documento.

Below this, there is a section 'Otros trámites de este procedimiento' with a list of options:

- Escrito de aportación de documentos [Abierto: Continuo]
- Escrito de cumplimiento al requerimiento de subsanación/mejora [Abierto: Continuo]
- Escrito del interesado cumplimiento de trámites (artículo 73) [Abierto: Continuo]
- Alegaciones trámite de audiencia (artículo 82). [Abierto: Continuo]
- Solicitud de desistimiento (artículo 94). [Abierto: Continuo]
- Escrito de renuncia (artículo 84)\*. [Abierto: Continuo]
- Consulta del estado de un expediente: Permite consultar el estado de su expediente ya iniciado.

A blue arrow points from the left towards the 'Solicitar Electrónicamente' section with the text 'Solicitud'.



1933 - AYUDAS PARA SUFRAGAR PARCIALMENTE LOS COSTES SALARIALES EN CEE.

FORMULARIO (Nuevo)

**DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

Empresa  Autónomo

Tipo Empresa (\*) Denominación (Razón social) (\*) NIF (\*)  
SOCIEDAD LIMITADA  CEE GUÍA PRESENTACIÓN

Tipo de Centro Especial de Empleo (\*)  
 De iniciativa social  De iniciativa privada Código CNAE (\*)  
094 - ACTIVIDADES ASOCIATIVAS

Vía (\*) Nombre de la vía (\*)  
Calle Mayor

Número Pso. Puerta Portal Escalera Km Código postal (\*)  
1 30001

Provincia (\*) Municipio (\*) Localidad (\*)  
Murcia

Teléfono 1 Teléfono 2 Correo electrónico  
612345678 micorreo1@gmail.com

**DATOS DE LA CUENTA BANCARIA PARA EL ABONO DE LA SUBVENCIÓN**

IBAN (\*)  
ES00 0000 0000 0000 0000

El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con la Entidad solicitante

**MODALIDAD A SOLICITAR**

GASTOS SALARIALES CEE

Mes (\*) Importe (€) (\*)

Ver borradores Guardar borrador Reiniciar solicitud Siguiente

En la Modalidad a solicitar, debe seleccionar el mes y completar el importe.

Teléfono 1 Teléfono 2 Correo electrónico  
MICORREO1@GMAIL.COM

**DATOS DE LA CUENTA BANCARIA PARA EL ABONO DE LA SUBVENCIÓN**

IBAN (\*)  
0 0000 0000 0000

El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con la Entidad solicitante

Importe (€) (\*)

Ver borradores Guardar borrador Reiniciar solicitud Siguiente

NOVIEMBRE  
DICIEMBRE  
ENERO  
FEBRERO  
ABRIL  
MAYO  
OCTUBRE  
PAGA EXTRA DE DICIEMBRE  
MARZO  
JUNIO  
PAGA EXTRA DE JUNIO  
JULIO  
AGOSTO  
SEPTIEMBRE  
REGULARIZACIÓN  
JUNIO Y PAGA EXTRAORDINARIA

Seleccione Regularización para los supuestos de regularización de expedientes, por ejemplo, modificación de porcentajes o cuantía del SMI.

Recuerde que esta opción NO es para mejorar o subsanar una solicitud ya iniciada.



**Formulario** Trámites del interesado

Región de Murcia

UNIÓN EUROPEA

### 1933 - AYUDAS PARA SUFRAGAR PARCIALMENTE LOS COSTES SALARIALES EN CEE.

FORMULARIO [Edición]

#### Declaración Responsable

Como representante de la entidad

CEE Mi prueba

con Cif: P7478011E con el cargo de (\*) REPRESENTANTE

En virtud de lo dispuesto en el artículo 13.7 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y supletoriamente con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley 38/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Orden de bases por la que se regulan estas subvenciones:

**PRIMERO.**- Que la presentación de la Solicitud de subvención implica su **aceptación** en el supuesto de que sea concedida.

**SEGUNDO.**- Que conoce y acepta las condiciones, requisitos y obligaciones establecidas en la normativa reguladora de las subvenciones de ayudas para la creación y mantenimiento de Centros Especiales de Empleo, la Orden de 8 de junio de 2016, del Presidente del Servicio Regional de Empleo y Formación, de bases reguladoras de los programas de subvenciones para el fomento de la integración laboral de personas con discapacidad.

**TERCERO.**- Que **no se halla inhabilitado** para recibir ayudas o subvenciones de la Administración Pública.

**CUARTO.**- Que **dispone de servicios de ajuste personal y social** que requieren sus trabajadores con discapacidad y dispone en plantilla al personal técnico y de apoyo, en posesión de las titulaciones profesionales adecuadas que la actividad del Centro precisa.

**QUINTO.**- Que **no ha sido excluida de acceso a beneficios** derivados de la aplicación de programas de empleo, de acuerdo con el RD Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, que aprueba el Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

**SEXTO.**- Que **tiene presentada la Memoria comprensiva del último año**, según lo previsto en el artículo 13 del Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre.

**SÉPTIMO.**- (Márquese lo que proceda) (\*)

La entidad a la que represento no ha obtenido, de otras Administraciones Públicas o Entes Públicos o privados, nacionales o internacionales, otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad o actividad desarrollada por esta empresa para la que se solicita esta subvención.

La entidad a la que represento ha obtenido subvención para el desarrollo de esta actividad de<sup>1</sup>

**Selecione la opción que corresponda**

<sup>1</sup> Se adjuntarán las resoluciones de concesión que lo acredite

Pulse el botón CONFIRMAR

<sup>1</sup> Se adjuntarán las resoluciones de concesión que lo acredite

[← Volver](#) [Guardar borrador](#) [Nueva solicitud](#) [✓ Confirmar](#)

Al final de la siguiente pantalla pulse el botón CONTINUAR

[← Volver](#) [Nueva solicitud](#) [✎ Editar](#)

Presentación [Visor]

[Continuar](#)

Marque la opción que proceda

**PRESENTACIÓN**  
PROCEDIMIENTO: 1933 - Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales en CEE  
REFERENCIA PRESENTACIÓN: 01933001202203110023

Realiza la presentación

Los campos marcados con un \* son obligatorios.

Realiza la presentación\*

Interesado  
 Representante

**IDENTIFICARSE**

La acreditación del representante se podrá justificar a través de dos vías:

1. Acreditación mediante certificado electrónico de representante del Centro Especial de Empleo.
2. Acreditación mediante documento acreditativo de APODERA entre el Centro Especial de Empleo y la asesoría.

Realiza la presentación

Los campos marcados con un \* son obligatorios.

Realiza la presentación\*

Interesado  
 Representante  
 Acreditación representación mediante certificado electrónico  
 Acreditación representación mediante aportación de documento acreditativo

**IDENTIFICARSE**

En caso de no disponer de certificado electrónico de representante, ni estar registrado en **APODERA**, consulte el apartado 4 de esta guía de presentación.

Una vez identificado, deberá realizar la presentación y adjuntar a la misma los siguientes documentos:

### Documentos adjuntos a la presentación

#### Anexos a aportar en la presentación

<b>Comunicación</b> 1 EXCEL COSTES SALARIALES. CONSULTAR GUIA PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	1
<b>Comunicación</b> 2 SOLICITUD INFORME ADECUACIÓN IMAS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	2
<b>Comunicación</b> 3 ALTAS EN LA EMPRESA. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	3
<b>Comunicación</b> 4 BAJA EN LA EMPRESA. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	4
<b>Comunicación</b> 5 MODIFICACIÓN DE JORNADAS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	5
<b>Comunicación</b> 6 PRORROGAS DE CONTRATOS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	6
<b>Comunicación</b> 7 TRANSFORMACIÓN A INDEFINIDOS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	7
<b>Comunicación</b> 8 INCAPACIDAD TEMPORAL. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	8
<b>Comunicación</b> 9 NÓMINAS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	9
<b>Comunicación</b> 10 PAGO DE NÓMINAS. CONSULTAR GUIA DE PRESENTACIÓN	<a href="#">ADJUNTAR</a>	10
<b>Informe/ Certificación de vida laboral</b> 11 En el caso de que el trabajador contratado por el que se otorga la subvención no concediera autorización expresa. Informe de Vida Laboral del trabajador contratado en el que conste la nueva alta.	<a href="#">ADJUNTAR</a>	

**MUY IMPORTANTE:** Debe ajustar la subida de los documentos al bloque correspondiente.



A continuación, proceda a subir la documentación pulsando el botón **ADJUNTAR**, siguiendo las siguientes indicaciones.



Adjuntar archivo

Archivos

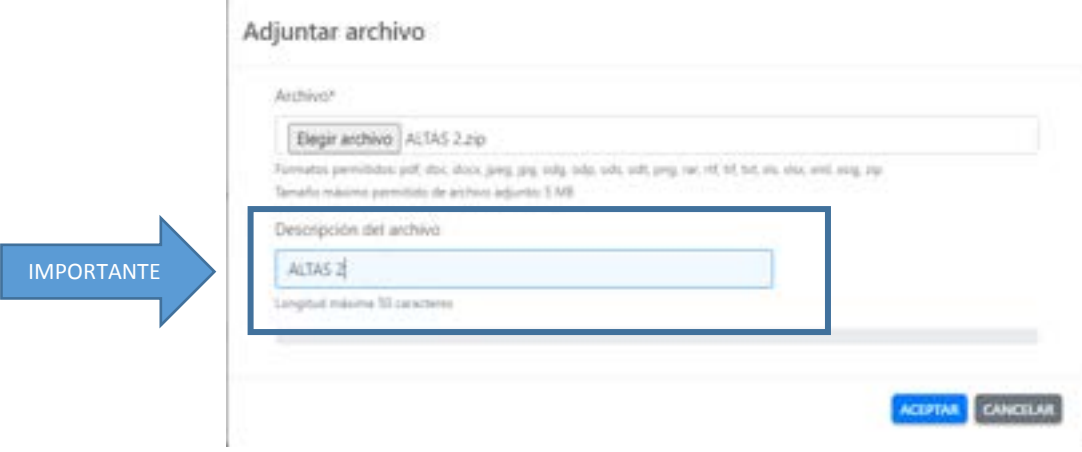
Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Formatos permitidos: pdf, doc, docx, jpeg, jpg, odt, ods, odf, png, rar, rtf, txt, xls, xlsx, xml, zip

Tamaño máximo permitido de archivo adjunto: 5 MB

ACEPTAR CANCELAR

En caso que tenga que subir documentación a través de la opción Otro anexo, **es muy importante cumplimentar el campo Descripción del archivo, de lo contrario no se puede saber el contenido del documento.**



Adjuntar archivo

Archivo\*

Elegir archivo ALTAS 2.zip

Formatos permitidos: pdf, doc, docx, jpeg, jpg, odt, ods, odf, png, rar, rtf, txt, xls, xlsx, xml, zip

Tamaño máximo permitido de archivo adjunto: 5 MB

Descripción del archivo

ALTAS 2

Longitud máxima 50 caracteres

IMPORTANTE

ACEPTAR CANCELAR

A continuación, se explica el contenido de cada bloque documental.

### **PLANTILLA EXCEL**

El documento Excel deberá estar FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE, por el representante del CEE y contendrá las siguientes Hojas:

#### 1) HOJA VARIACIÓN DE PLANTILLA.

Indicando las Altas, Bajas, Modificaciones de jornada, Prorrogas y Transformación en Indefinidos.

La acreditación documental de estas variaciones se presentará conforme a la GUÍA DE PRESENTACIÓN

#### 2) HOJA ALTAS Y BAJAS DE SEGURIDAD SOCIAL procesos de IT y AT.

Indicando la fecha de baja, alta y el tipo de contingencia.

La acreditación documental de estas variaciones se presentará conforme a la GUÍA DE PRESENTACIÓN.

#### 3) HOJA TRABAJADORES PDF.

Indicando apellidos, nombre, número del NIF, fecha de nacimiento, número de afiliación a la Seguridad Social, fecha de alta y de baja en Seguridad Social, tipo de contrato con indicación del porcentaje de jornada trabajada, grado de discapacidad, fecha de caducidad de la misma y clase: física, psíquica o sensorial.

#### 4) HOJA TRABAJADORES NO PDF

Indicando apellidos, nombre, número del NIF, fecha de alta en Seguridad Social y número de afiliación a la Seguridad Social.

Igualmente, deberá indicarse quienes forman parte de las Unidades de Apoyo.

#### 5) HOJA RESUMEN

Indicando los trabajadores por los que se solicita subvención con los siguientes datos: apellidos, nombre, días sin incidencias, días con incidencias, causa de la incidencia, porcentaje de jornada trabajada y cuantía de la subvención solicitada, según modelo habilitado al efecto por el SEF. (Incluido en el Anexo "Listados de trabajadores y cálculo de subvención")

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsede.carm.es%2Fdocumentos%2F1933%2FRelacion%2520alfabetica%2520salarios%252050%2520SMI%2520FEB-2022%2520v2.4.3.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

1

### **SOLICITUD INFORME DE ADECUACIÓN**

Se presentarán en un COMPRIMIDO. Este comprimido contendrá tantos modelos de descripción de puestos de trabajo como altas en la empresa se produzcan y tendrá como nombre SOLICITUD INFORMES DE ADECUACIÓN

Los ficheros del comprimido serán INDIVIDUALES, esto es, por persona. Al documento se le asignará como nombre el DNI o NIE del trabajador dado de alta ese mes.

2



## ALTAS

### PRIMERO:

Se presentarán en un COMPRIMIDO. Este comprimido contendrá tantos ficheros como altas en la empresa se produzcan y tendrá como nombre ALTAS

Los ficheros del comprimido serán INDIVIDUALES, esto es, por persona. Al documento se le asignará como nombre el DNI o NIE del trabajador dado de alta ese mes.

Si en un mismo mes, dicho trabajador tiene varias altas se crearan tantos documentos como movimientos. Asignándole como nombre su DNI o NIE + causa (DNI 1, DNI 2).

### SEGUNDO:

El documento de alta, contendrá 8 documentos:

1. Autorización del trabajador de acceso a datos personales.
2. IDC de alta en Seguridad Social.
3. Certificación de discapacidad del IMAS o en su defecto, incapacidad del INSS.
4. Certificado de periodos de inscripción o DARDE
5. Oferta de empleo (*incluirá nº de oferta*)
6. Comunicación del contrato al Servicio Público de Empleo (CONTRAT@).
7. Contrato de trabajo.
  - 7.1. Marcar la casilla para Centros Especiales de Empleo [x]
  - 7.2. Para los contratos 410/510, deben consignar en las cláusulas adicionales, de manera clara, nombre y DNI de la persona sustituida.

3

### TERCERO:

Si el tamaño del comprimido excediera del soportado por la sede electrónica habrá que subir otro comprimido en el apartado de "OTRO ANEXO", debiendo indicar en el apartado "Descripción del archivo" el nombre del comprimido "ALTAS 2"

Adjuntar archivo

Archivo?

Elegir archivo ALTAS 2.zip

Formatos permitidos: pdf, doc, docx, jpeg, jpg, png, tiff, xls, xlsx, ppt, pptx, rar, zip, tar, gz, txt, xml, xml, xml, zip

Tamaño máximo permitido de archivo adjunto: 1 MB

Descripción del archivo

ALTAS 2

Longitud máxima: 100 caracteres

ACEPTAR CANCELAR

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **ALTAS**, en el **Anexo A**.



## BAJAS

### PRIMERO:

Se presentarán las bajas en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las bajas de la empresa en el mes.

4

### SEGUNDO:

El documento de baja se presentará en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales y contendrá por cada trabajador:

1. IDC donde quede reflejado la baja.

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **BAJAS**, en el **Anexo B**.

## JORNADAS

### PRIMERO:

Se presentarán las modificaciones de jornada en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las modificaciones de jornada que haya tenido la empresa en el mes.

5

### SEGUNDO:

El documento de modificación de jornadas se presentará en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales y contendrá por cada trabajador:

1. Escrito de empresa-trabajador acordando la modificación
2. IDC donde quede reflejado la modificación.

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **JORNADAS**, en el **Anexo C**.

## PRORROGAS

### PRIMERO:

Se presentarán las prórrogas en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las prórrogas de la empresa en el mes.

6

### SEGUNDO:

El documento de modificación de jornadas se presentará en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales y contendrá por cada trabajador:

1. IDC donde quede reflejado la modificación.
2. Comunicación del contrato al Servicio Público de Empleo (CONTRAT@).

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **PRÓRROGAS**, en el **Anexo D**.



## **TRANSFORMACIÓN A INDEFINIDOS**

PRIMERO:

Se presentarán las transformaciones en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las transformaciones en indefinidos de la empresa en el mes.

7

SEGUNDO:

El documento de transformaciones se presentará en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales y contendrá por cada trabajador:

1. IDC donde quede reflejado la modificación.
2. Comunicación del contrato al Servicio Público de Empleo (CONTRAT@).

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **TRANSFORMACIÓN A INDEFINIDOS**, en el **Anexo E**.

## **INCAPACIDAD TEMPORAL**

PRIMERO:

Se presentarán las bajas en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las contingencias de IT o AT de la empresa.

8

SEGUNDO:

El documento de contingencias se presentará en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales y contendrá por cada trabajador:

1. IDC donde quede reflejado la baja o alta del trabajador.

A modo de ejemplo, puede consultar el contenido de la documentación de **INCAPACIDAD TEMPORAL**, en el **Anexo F**.

## **NÓMINAS**

PRIMERO:

Se presentarán en BLOQUE, esto es, un único documento que contenga todas las nóminas de los trabajadores por los que se solicita subvención de costes salariales.

9

SEGUNDO:

El documento de nóminas cumplirá los siguientes requisitos:

1. Las nóminas vendrán en un fichero PDF, editable o susceptible de aplicar lectura OCR.
2. Ordenadas alfabéticamente en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales.

## **PAGO NÓMINAS**

CEE de HASTA 10 trabajadores subvencionables:

1. Ordenadas alfabéticamente en el mismo orden que figura en el EXCEL de cálculo de costes salariales.
2. Deberán ir firmadas con el sello del banco.

10

CEE con MAS de 10 trabajadores subvencionables:

1. Fichero formato xls o similar, con FIRMA ELECTRÓNICA de la ENTIDAD BANCARIA.



Región de Murcia  
Consejería de Empresa, Empleo,  
Universidades y Portavoda



### INFORME DE VIDA LABORAL

En el caso de que el trabajador contratado por el que se otorga la subvención no concediera autorización expresa: Informe de Vida Laboral del trabajador contratado en el que conste la nueva alta.



### CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En el caso de que el trabajador contratado por el que se otorga la subvención no concediera autorización expresa: Certificado que acredite la condición de ser persona discapacitada.



### DOCUMENTO DE IDENTIDAD

En el caso de que el trabajador contratado por el que se otorga la subvención no concediera autorización expresa: Documento Nacional de Identidad o Número de identificación de Extranjero


**PRESENTACIÓN**  
PROCEDIMIENTO : 1933 - Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales en CEE  
REFERENCIA PRESENTACIÓN: 0193300120220316002A

Su recibo justificante

 Su presentación ha sido realizada correctamente.

[DESCARGAR RECIBO JUSTIFICANTE](#)

Debe conservar el justificante de presentación, para futuras reclamaciones, subsanaciones o mejoras de la solicitud.

 **PROCEDIMIENTO:** 1933  
**TRÁMITE:** DI005  
**REFERENCIA PRESENTACIÓN:** 01933001202203150028

**PROCEDIMIENTO:** 1933 - Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales en CEE  
**TRÁMITE:** DI005

**REALIZA LA PRESENTACIÓN**

Representante

### 3. Subsanación o mejora de la solicitud.

Para la subsanación o mejora de la solicitud, debe disponer del justificante de presentación de la solicitud inicial.

En ella dispone de los datos de referencia para unir la subsanación o mejora a su expediente de forma automática.

Dichos datos de referencia son:

1. Referencia de Expediente Origen. Deberá indicar el número de referencia de presentación de la **solicitud original**. Dicho número se encuentra en la parte superior del justificante de registro.



The image shows a two-part screenshot of a web application. The top part is a registration form for the 'Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales en CEE' (PROCEDIMIENTO: 1933 - Ayudas para sufragar parcialmente los Costes Salariales en CEE, TRÁMITE: DI005). It features the 'Región de Murcia' logo and the 'SEPE' logo. A blue arrow labeled 'Solicitud original' points to the 'REFERENCIA PRESENTACIÓN: 01933001202203150028' field. The bottom part of the screenshot shows the 'Expediente' search screen with a message: 'No se han encontrado expedientes. Por favor, introduzca una referencia que permita identificar el expediente.' Below this is a dropdown menu for 'Tipo de referencia \*' with options: 'Referencia Expediente Origen', 'Código de Solicitud', and 'Número de Registro'. A text input field for 'Referencia \*' is also visible, with a yellow arrow pointing to it from the reference number in the top screenshot.

#### 3.1 Subsanación del mes o importe solicitado.

En el caso de mecanizar incorrectamente el mes o el importe en una solicitud efectuada. Realizará la subsanación siguiendo los pasos definidos en el anterior epígrafe, pero en el apartado de subida de documentación, subirá el modelo normalizado de subsanación de solicitud electrónica ubicado en la sede electrónica en apartado de documentación.

Se facilita el enlace para su descarga:

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsede.carm.es%2Fdocumentos%2F1933%2FModelo%2520de%2520rectificaci%25C3%25B3n%2520solicitud%2520Costes%2520Salariale%2520CEE.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

#### 4. Registro de apoderamiento APODERA.

De conformidad con el artículo 5 y 6 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la acreditación de la representación se realizará a través del registro de apoderamientos.

<https://sede.administracion.gob.es/apodera/clave.htm>

*Para más información puede consultar el procedimiento código 9943*

[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9943&IDTIPO=240&RASTRO=c\\$m40288](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9943&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288)

A modo de ejemplo, puede consultar el **Anexo G**.

#### 5. Sujeción a la guía de presentación.

La presentación de la documentación de las solicitudes para costes salariales por los Centros Especiales de Empleo se realizará de la forma indicada en esta Guía.

Igualmente, en el caso de aportación de documentación para un expediente ya iniciado, deberá respetarse el mismo criterio.





## 6. Anexos

- Anexo A: Solicitud Informes de Adecuación al Puesto.
- Anexo B: Documentación de Alta en la Empresa.
- Anexo C: Documentación de Baja en la Empresa.
- Anexo D: Documentación de variación de jornada.
- Anexo E: Documentación de prórroga del contrato.
- Anexo F: Documentación de transformación del contrato.
- Anexo G: Documentación de incapacidad temporal.
- Anexo H: Modelo normalizado de registro de apoderamiento APODERA.



Anexo A: Solicitud de Informe de Adecuación al Puesto de Trabajo.



## SOLICITUD DE INFORME DE ADECUACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La solicitud se realiza a efectos de: Fecha:

### DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
DNI/NIE	FECHA NACIMIENTO	TIPO DISCAPACIDAD	GRADO %
<b>DOMICILIO</b>			
POBLACIÓN		PROVINCIA	CP
TLFNO. CONTACTO	CORREO ELECTRONICO		

### DATOS EMPRESA

CIF	RAZON SOCIAL	Centro Especial de Empleo SI/NO	
CCC	PERSONA DE CONTACTO		
DIRECCIÓN		POBLACION	PROVINCIA CP
TLFNO	CORREO ELECTRONICO		
<b>SECTOR ECONÓMICO</b>			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
Nº trabajadores en plantilla		Nº de personas trabajadores con discapacidad	

### DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO/CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

DENOMINACIÓN DEL PUESTO		NIVEL PROFESIONAL
TIPO CONTRATO (Indefinido, eventual...)		DURACIÓN (En caso de contrato temporal)
JORNADA	TURNOS	MOVILIDAD GEOGRÁFICA
HORARIO		Nº DE HORAS JORNADA DIARIA
<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>COMPETENCIA REQUERIDA PARA EL DESARROLLO DEL PUESTO</b>		
NIVEL DE FORMACIÓN		EXPERIENCIA LABORAL

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO				
A- ANÁLISIS DE TAREAS				
DESCRIPCIÓN DE TAREAS (Describa brevemente las tareas más habituales del puesto y el porcentaje del tiempo)	% DE TIEMPO			
B-PERFIL DE EXIGENCIAS				OBSERVACIONES
1. CAPACIDADES que el trabajo requiere para ser desempeñado con eficacia				
	A: Se requiere B: Se requiere ocasional. C: No se requiere			
<b>DESTREZA MANUAL:</b> Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual)	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>DESPLAZAMIENTO:</b> capacidad para caminar y/o desplazarse utilizando o no algún tipo de equipamiento	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>ACCESO A TRANSPORTE:</b> capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>POSICIÓN:</b> capacidad para adoptar y mantener otra postura determinada: Sentado <input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>FUERZA:</b> capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/carga/manipulación de pesos y/o objetos de gran volumen)	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>TOLERANCIA:</b> capacidad para soportar situaciones que pueden ser generadoras de estrés, tensión y/o fatiga mental.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>AUTONOMÍA PERSONAL:</b> capacidad para actuar con independencia, sin supervisión en actividades relacionadas con autocuidado y la percepción de riesgos.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>RELACIONES INTERPERSONALES:</b> capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>ORIENTACION EN EL ENTORNO:</b> capacidad para orientarse en el medio (barrio, ciudad) donde vive y utilizar (conocer y usar) transporte público (bus, metro)	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>MANEJO DE DINERO:</b> capacidad para participar en transacciones económicas básicas.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>APRENDIZAJE:</b> capacidad para adquirir conocimientos, para realizar nuevas tareas.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>VISIÓN:</b> capacidad para reconocer y/o distinguir objetos y colores	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>AUDICIÓN:</b> capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>COMPRESIÓN VERBAL:</b> capacidad para entender mensajes orales.	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	
<b>EXPRESIÓN ORAL:</b> capacidad para expresar mensajes orales	A <input type="checkbox"/> 10	B <input type="checkbox"/> 20	C <input type="checkbox"/> 30	

2. CONDICIONES DE TRABAJO		
2.1. MOBILIARIO Y/O TECNOLOGÍA UTILIZADA. Indicar equipo de trabajo utilizado habitualmente (mobiliario, tecnología, herramientas, maquinaria, etc)		
2.2. CONDICIONES AMBIENTALES Y FACTORES DE RIESGO		
• ACCESIBILIDAD Y BARRERAS	Breve descripción de las barreras:	
Barreras NO		
• ENTORNO AMBIENTAL (indicar cuando sea necesario, características especiales en relación con determinados factores tales como: temperatura, humedad, iluminación, ruido, vibraciones, ambiente.)		
• FACTORES DE RIESGO (Identificar posibles situaciones de riesgo en el puesto de trabajo relacionadas con los siguientes factores:		
	SI/NO	Observaciones
<b>Maquinaria</b>		
<b>Alturas</b>		
<b>Esfuerzos</b> (grandes esfuerzos de peso, volumen, ejercicio intenso,...)		
<b>Movilidad</b> (grandes recorridos, suelos irregulares, barreras arquitectónicas)		
<b>Posición</b> (posición continua, otras posiciones de riesgo)		
<b>Tensión/ansiedad/estrés</b> (docencia, oratoria, atención al público, relaciones interpersonales, exigencia de productividad, trabajo en cadena, a destajo...)		
<b>Manipulación</b> (de alimentos, productos tóxicos, contacto físico con otras personas)		
<b>Horarios / Jornadas</b> (rigidez de horarios, turnos alternos, ...)		
<b>Trabajo interior</b> (espacios cerrados)		
<b>Trabajo exterior</b> (espacios abiertos)		
<b>Expresión oral continuada</b> (docencia, oratoria, atención al público...)		

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero de subvenciones con la exclusiva finalidad de gestionar subvenciones de fomento de empleo. El responsable de este fichero es el Servicio Regional de Empleo y Formación, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Por la Empresa/Centro Especial de Empleo

firmado electrónicamente

Fdo.:

Procedimientos 1644 / 1933

Tlfno. información 968 362000 -012



## Anexo B: Documentación de Alta en la Empresa.

## CONSULTA DATOS PERSONALES

### 1. Datos personales

DATOS DE LA PERSONA CONTRATADA			
APELLIDOS			NOMBRE
DNI	Fecha nacimiento	Teléfono	
Domicilio	Municipio		CP
SEXO	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha inicio contrato

### 2. Datos relativos a la cesión de datos personales

En el marco del procedimiento administrativo de Ayudas a la contratación indefinida de personas con discapacidad que tramita la Administración Regional y en aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, conforme al cual el órgano administrativo competente va a proceder a consultar o recabar por medios electrónicos, los datos personales de los que soy titular que se relacionados a continuación, salvo que me oponga (\*) a la consulta:

- Me OPONGO a la consulta de: datos de Identidad (DNI/NIE)
- Me OPONGO a la consulta de: prestación de incapacidad de la Seguridad Social
- Me OPONGO a la consulta de: datos de discapacidad de la CARM
- Me OPONGO a la consulta de: datos de discapacidad de otras Administraciones
- Me OPONGO a la consulta de: vida laboral
- Me OPONGO a la consulta de: Alta en la Seguridad Social

(\*) En el caso de NO AUTOPRIZACION o de OPOSICIÓN a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud o cuando me sean requeridos.

a

(fecha y firma de la persona contratada)

Fdo:

(1) Recuerde si se marca la casilla, no queda autorizada el SEF para su obtención de estos documentos, por lo que queda obligado a aportar personalmente los datos/documentos relativos al procedimiento junto con la solicitud.

Los datos de carácter personal de esta Declaración, así como, en su caso, los obtenidos de terceros mediante autorización, serán incluidos en el fichero de subvenciones (SIE), titularidad del Servicio Regional de Empleo y Formación, con la finalidad de gestionar la solicitud presentada. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, se pueden ejercer por el declarante mediante escrito dirigido al Director General del referido Organismo, a la dirección postal C/ Infante Juan Manuel número 14, Murcia (CP30011), de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el artículo 5 del Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE). La información podrá ser cedida a otras Administraciones públicas, o a empresas privadas a las que las administraciones públicas les encarguen trabajos en relación con la gestión de esta subvención



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A								
NOMBRE Y APELLIDOS:								
NSS:	DOC. IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:				
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA								
RAZÓN SOCIAL:			C.C.C.:	DNI/NIE/CIF:				
ACT. ECONÓMICA:			RÉGIMEN:					
PERÍODO: Desde: _____ Hasta: _____								
OTROS DATOS								
TIPO CONTRATO:			ALTA:	BAJA:				
R.L.C.E.:	COTIZACIÓN ADICIONAL:		<b>INICIO CONTRATO DE TRABAJO</b>					
COEF. TIEMPO PARCIAL:	REDUCCIÓN JORNADA/COEFIC.:		FECHA:	EDAD:				
G. COTIZACIÓN:	RELEVO:	TIPO DE INACTIVIDAD (COE/IC):	C.C.C.:					
TRABAJADOR SUSTITUTO:	OCUPACION:		<b>FIN CONTRATO DE TRABAJO:</b>					
TRABAJADOR SUSTITUIDO:	CAUSA DE SUSTITUCIÓN:		FECHA EFECTOS BAJA:					
COLECTIVO DE EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			<b>DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-</b>					
<b>S.E.A.</b>	MODALIDAD DE COTIZACIÓN:							
<b>JORNADAS REALES REALIZADAS:</b>	<b>JORNADAS REALES PREVISTAS:</b>		<b>GRADO EMPRESA:</b>	<b>GRADO ACREDITADO:</b>				
<b>R.E.T.M.</b>	ZONA ESPECIAL CANARIAS:							
<b>R.E.M.C.</b>	CATEGORÍA PROFESIONAL:							
<b>CONDICIÓN DESEMPLEADO SIEMPRE:</b>		<b>CANTÍA GLOBAL BONIFICACIÓN:</b>						
PARTO (ULTIMOS 24 MESES):	INCAPACITADO READMITIDO:	VÍCTIMA VIOLENCIA:						
RENTA 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:						
	POR EMPRESA	CAUSA:	EFFECTOS:					
		DESDE:	HASTA:					
<small>SUSPENSIÓN POR SITUACIONES QUE PUEDEN DAR ORIGEN A PRESTACIONES POR CORTA DURACIÓN DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Tipo de suspensión / Desde/Hasta)</small>								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; height: 40px;"></td> <td style="width:25%; height: 40px;"></td> <td style="width:25%; height: 40px;"></td> <td style="width:25%; height: 40px;"></td> </tr> </table>								
PECULIARIDADES DE COTIZACIÓN		TIPO DE PECULIARIDAD	PORCENTAJE/TIPO	CANTIDADES	FRACCIÓN DE CUOTA	DESDE	HASTA	CLV
TOTAL CLV								
<b>TIPOS DE COTIZACIÓN*</b>		<b>CONTINGENCIAS PROFESIONALES:</b> IT: _____ I.M.S.: _____		<b>TOTAL:</b>		<b>DESEMPLEADO:</b>		

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

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 INFORMÁTICAS

REFERENCIA:	FECHA:	HORA:	HUELLA:	PÁGINA: 1 de 1
-------------	--------	-------	---------	----------------

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social  
\*(En los datos marcados con un asterisco) el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERÍODO.





Expediente:  
Usuario.....  
D.N.I.....



El Instituto Murciano de Acción Social, en uso de las competencias atribuidas por la Ley 1/2006 de 10 de abril y por el Decreto 305/2006 de 22 de diciembre por el que se aprueban sus Estatutos, vista la documentación obrante en el expediente, en aplicación de lo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad y visto el Dictamen Técnico emitido por el Equipo de Valoración y Orientación, ha RESUELTO:

**Reconocer a [ ] de [ ] la siguiente situación de discapacidad, con efectos desde [ ] de [ ] de [ ] .**

- **Grado de Discapacidad de [ ] %.**
- **Existencia de dificultades para utilizar transportes colectivos de [ ] puntos.**
- **Plazo de validez: [ ] \*.**

*\*El carácter definitivo de la fecha de validez implica que no precisa revisión por parte de los equipos de valoración y orientación.*

*Cualquier REVISIÓN iniciada de parte o de oficio con posterioridad a esta resolución en cumplimiento del artículo 9 de la orden de 17 de julio de 2002 de procedimiento de actuación del Instituto Murciano de Acción Social, para la aplicación y desarrollo del RD 1971/1999 de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, podrá determinar una variación en todos los sentidos ( aumento, disminución o mantenimiento ) del grado concedido, emitiéndose nueva resolución de grado de discapacidad que sustituirá para todos los efectos a cualquier resolución previa.*

*Si la calificación presenta una fecha de validez determinada, y por lo tanto provisional, el presente documento dejará de tener efecto en la fecha indicada como fecha de validez. En este caso deberá solicitar revisión por finalización de plazo unos 6 meses antes de la fecha de finalización indicada.*

En base a los siguientes hechos y fundamentos de derecho:

**HECHOS:**

PRIMERO: El Equipo de Valoración y Orientación en Junta celebrada el día 14 de Diciembre de 2020 a las 08:00 emite el siguiente DICTAMEN:

Cd	Deficiencia	Cd	Diagnóstico	Cd	Etiología	%

GRADO de las limitaciones en la actividad	
FACTORES SOCIALES Complementarios	
GRADO TOTAL de DISCAPACIDAD	

- Baremo para determinar la existencia de dificultades para utilizar transportes colectivos de 3 puntos.

**JUSTIFICANTE DEMANDA DE EMPLEO (DARDE)**

<b>NID:</b>	D/Da.
DEMANDA EN SITUACIÓN DE ALTA	CL
Causa:	30008 Murcia
DEMANDA CON INTERMEDIACIÓN	MURCIA
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	
MURCIA-JORGE JUAN	
JORGE JUAN 2 ( LA FLOTA )	
SEF-MURCIA-JJUAN@LISTAS.CARM.ES	

Teléfono:                      Correo Electrónico:

**FECHAS PREVISTAS PRÓXIMA RENOVACIÓN:**

Para mantener su inscripción en el Servicio Público de Empleo deberá renovar su demanda en la fecha arriba indicada. Si el día señalado no es hábil, debe renovarla en el siguiente día hábil. En caso contrario, su demanda podría causar baja.

Esta inscripción conlleva una serie de obligaciones, cuyo incumplimiento podría dar lugar al inicio de un procedimiento sancionador, conforme a lo establecido en la normativa laboral de aplicación. En caso de ser perceptora de prestaciones o ayudas por desempleo podría afectar a su cobro

Fecha de emisión    de                      de                      a las    :    :

La autenticidad de este documento puede verificarse en [www.sistemasnacionalempleo.es](http://www.sistemasnacionalempleo.es)

**Programa para personas desempleadas de larga duración**  
Si lleva inscrito más de 12 meses solicite un Acuerdo Personal de Empleo y benefíciese de este Programa

 **garantía juvenil**  
Si tiene menos de 30 años pregunte por el PROGRAMA DE GARANTIA JUVENIL

Descargue nuestra APP para acceder a los Servicios que presta el SEF



Puede renovar su Demanda de Empleo en nuestro Portal de Empleo [www.sefcarm.es](http://www.sefcarm.es)



Cree su CV en nuestra plataforma de E-curriculum y preséntese a las Ofertas de Empleo



Toda la información en nuestro Portal de Empleo y Formación: [www.sefcarm.es](http://www.sefcarm.es)

**Identificador de la oferta: 142021009115**

Tipo de Oferta: **DISCAPACITADOS**  
Ubicación del puesto de trabajo: **MURCIA (MURCIA) - (ESPAÑA)**  
C.I.F. / N.I.F.:  
Cuenta de Cotización:  
Razón Social:  
UAG de Gestión:  
Situación:

#### Empresa

##### Datos de Empresa

C.I.F. / N.I.F.:  
Cuenta de Cotización:  
Razón Social:

##### Contacto para la gestión de la oferta

Persona / Cargo:  
Teléfono:  
Correo Electrónico:

#### Datos Básicos

##### Ocupación y conceptos asociados

Tipo de Oferta: **DISCAPACITADOS**  
Ocupación principal:  
Nivel profesional:  
Tipo de contrato:  
Jornada de trabajo:  
Período:  
Número de horas:  
Turno Especial:

Nocturno  
Sábados / Domingos / Festivos:  
Trabajo a Domicilio:  
Oferta de teletrabajo:  
Empresa de trabajo temporal:

##### Ubicación y puestos Ofertados

Municipio:  
Provincia:  
País:  
Código Postal:  
Puestos Ofertados:  
Número de Candidatos:  
Puestos en Gestión:

#### Información y presentación

##### Datos de presentación

Entidad:  
Persona / Cargo:  
Domicilio:  
Localidad:  
Código Postal:  
Fecha:  
Hora:

##### Información de la oferta

UAG de Gestión:  
UAG de Registro:  
Fecha de Registro:  
Situación:

##### Observaciones generales

Imprimir



## COMUNICACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO A TIEMPO COMPLETO PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CÓDIGO 130

### DATOS DE LA EMPRESA

CIF/NIF/NIE

Nombre o Razón Social de la Empresa		Domicilio Social	
País ESPAÑA	Municipio	C. Postal	

### DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACION

Régimen	Código	Número	Díg. cont.	Actividad Económica
---------	--------	--------	------------	---------------------

### DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

País	Municipio
------	-----------

### DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A

DNI*	NIF/NIE	Fecha de nacimiento
Nº afiliación a la S.S.	Nivel Formativo	Nacionalidad
Municipio de domicilio	País de domicilio	

### IDENTIFICADOR DEL CONTRATO

E-30-2022-00

### DATOS DEL CONTRATO

Ocupación Desempeñada:  
Fecha de Inicio del Contrato .  
Fecha de Comunicación:  
Indicador de discapacidad:  
Colectivo de Bonificación:

### OFERTA DE TRABAJO

Número de la Oferta :

14202200000



MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ECONOMÍA SOCIAL

COMUNICACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO A TIEMPO COMPLETO  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CÓDIGO 130

**DATOS DE LA COPIA BÁSICA**

Firma de la Copia Básica :



**CONTRATO DE TRABAJO**

**DATOS DE LA EMPRESA**

CIP/NIF/NIE			
DUEÑA		NIF/NIE	EN CONCEPTO (1)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		DOMICILIO SOCIAL	
PAÍS	MUNICIPIO	C. POSTAL	

**DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN**

RÉGIMEN	CÓD. PROV.	NÚMERO	DIG. CONTR.	ACTIVIDAD ECONÓMICA
---------	------------	--------	-------------	---------------------

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

PAÍS	MUNICIPIO
------	-----------

**DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A**

DUEÑA		NIF/NIE (2)	FECHA DE NACIMIENTO
AFILIACIÓN S.S.	NIVEL FORMATIVO	NACIONALIDAD	
MUNICIPIO DEL DOMICILIO	PAÍS DOMICILIO		

Con la asistencia legal, en su caso, de D./Dña. \_\_\_\_\_ con N.I.F./N.I.E. \_\_\_\_\_, en calidad de (2) \_\_\_\_\_

**DECLARAN**

que reúnen los requisitos exigidos para la celebración del presente contrato y, en su consecuencia, acuerdan formalizarlo con arreglo a las siguientes:

**CLÁUSULAS**

PRIMERA: El/la trabajador/a prestará sus servicios como (3) \_\_\_\_\_ incluido en el grupo profesional de \_\_\_\_\_ para la realización de las funciones (4) desarrollando las tareas propias del puesto y grupo profesional, así como todas aquellas anexas y necesarias para la realización de dichas funciones principales de acuerdo con el sistema de clasificación profesional vigente en la empresa.

En el centro de trabajo ubicado en (calle, nº y localidad)

A DISTANCIA, en el domicilio ubicado en (calle, nº y localidad) \_\_\_\_\_

SEGUNDA: La jornada de trabajo será: (5)

**A tiempo completo:** la jornada de trabajo será de 20, horas semanales, prestadas de LUNES, a DOMINGO, con los descansos establecidos legal o convencionalmente (6).

**A tiempo parcial:** la jornada de trabajo ordinaria será de 901,66, horas  al día,  a la semana,  al mes,  al año (6), siendo esta jornada inferior a la de un trabajador a tiempo completo compatible (7).

La distribución del tiempo de trabajo será de (8) \_\_\_\_\_ conforme a lo previsto en el convenio colectivo.

En el caso de la jornada a tiempo parcial, existe pacto sobre la realización de horas complementarias (9).

SI  NO

TERCERA: La duración del presente contrato se extenderá desde \_\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_\_ . Se establece un periodo de prueba de (10) 1 mes.

Cuando el convenio colectivo permita una duración mayor a la establecida legalmente, señálelo con una X:

CUARTA: El/la trabajador/a percibirá una retribución total de Según Convenio euros brutos (11) \_\_\_\_\_ que se distribuyen en los siguientes conceptos salariales (12)

QUINTA: La duración de las vacaciones anuales será de ( 12)

SIXTA: A la finalización del contrato de obra o servicio, eventual por circunstancias de la producción y temporal de fomento de empleo para personas con discapacidad, el/la trabajador/a tendrá derecho a recibir una indemnización de acuerdo con la D. Transitoria 8ª del Estatuto de los Trabajadores, o con la Disposición Adicional primera de la ley 43/2006. En el supuesto de extinción por desistimiento en la relación laboral de Empleados/as de Hogar se tendrá derecho a la indemnización prevista en el Art. 11.3 del R.D 1620/2011. (14)

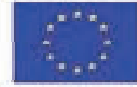
SÉPTIMA: El presente contrato se regulará por lo dispuesto en la legislación vigente que resulte de aplicación y particularmente, por el artículo 15 del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por R.D. Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, (BOE de 24 de octubre), y Real Decreto 2720/1998 de 18 de diciembre (B.O.E. de 8 de enero) y en su caso Disposición Adicional Primera y de la Ley 43/2006, y en su caso por el Convenio Colectivo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad Estatal .

OCTAVA: El contenido del presente contrato se comunicará al Servicio Público de Empleo de CONTRAT@, en el plazo de los 10 días siguientes a su concertación.

NOVENA: ESTE CONTRATO PODRÁ SER COFINANCIADO POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO.

DÉCIMA: PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos consignados en el presente modelo tendrán la protección derivada del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y de Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (B.O.E de 6 de diciembre)

- 
- (1) Director/a, Gerente, etc.  
(2) Padre, madre, tutor/a o persona o institución que le tenga a su cargo.  
(3) Índice profesional.  
(4) Señalar el grupo profesional y la categoría o nivel profesional que corresponda, según el sistema de clasificación profesional vigente en la empresa.  
(5) Marque con una X lo que corresponda.  
(6) Indique la jornada del trabajador.  
(7) Se entenderá por "trabajador a tiempo completo comparable" a un trabajador a tiempo completo de la misma empresa y centro de trabajo, con el mismo tipo de contrato de trabajo y que realice un trabajo idéntico o similar. Si en la empresa no hubiera ningún trabajador comparable a tiempo completo, se considerará la jornada a tiempo completo prevista en el convenio colectivo de aplicación o, en su defecto, la jornada máxima legal.  
(8) Indique la duración del tiempo de trabajo según el convenio colectivo.  
(9) Señálese lo que proceda y en caso afirmativo, adjúntese el anexo si hay horas complementarias.  
(10) Respetando lo establecido en el art. 14.1 del Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por R.D. Legislativo 2/2015, de 23 de octubre (BOE de 24 de octubre).  
(11) Días, semanales, consecutivos.  
(12) Salvo base y complementos salariales.  
(13) Mínimo 30 días naturales.  
(14) En el supuesto de contratos precatoriales, no les será de aplicación esta indemnización.

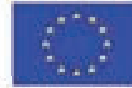


Que el contrato temporal que se celebra (marque la casilla que corresponda), se realice con las siguientes cláusulas específicas:

- |                                     |   |         |
|-------------------------------------|---|---------|
| <input type="checkbox"/>            | OBRA O SERVICIO DETERMINADO.  | Pág. 4  |
| <input type="checkbox"/>            | EVENTUAL POR CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCIÓN.   | Pág. 5  |
| <input type="checkbox"/>            | INTERINUMAL.  | Pág. 6  |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJADORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, DOMÉSTICA, VÍCTIMA DE TERRORISMO Y VÍCTIMAS DE TRATA DE SERES HUMANOS. | Pág. 7  |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJADORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL POR EMPRESA DE INSERCIÓN.  | Pág. 8  |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJADORES MAYORES DE 52 AÑOS BENEFICIARIOS DE LOS SUBSIDIOS POR DESEMPLEO   | Pág. 9  |
| <input type="checkbox"/>            | SITUACIÓN DE JUBILACIÓN PARCIAL.  | Pág. 10 |
| <input type="checkbox"/>            | RELEVO.   | Pág. 11 |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJOS DE INTERÉS SOCIAL/FOMENTO DE EMPLEO AGRARIO.  | Pág. 12 |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJADORES DEL SERVICIO DEL HOGAR FAMILIAR.  | Pág. 13 |
| <input type="checkbox"/>            | DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.   | Pág. 14 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO.   | Pág. 15 |
| <input type="checkbox"/>            | DE INVESTIGADORES.  | Pág. 16 |
| <input type="checkbox"/>            | DE TRABAJADORES/AS PENADOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.   | Pág. 17 |
| <input type="checkbox"/>            | DE MENORES Y JÓVENES EN CENTROS DE MENORES. (SOMETIDOS A MEDIDAS DE INTERNAMIENTO PREVISTAS EN LA LEY ORGÁNICA 5/2000 DE 21 DE ENERO).                    | Pág. 18 |
| <input type="checkbox"/>            | OTRAS SITUACIONES.  | Pág. 19 |

y cumple los requisitos establecidos en la norma reguladora.





**CLÁUSULAS ESPECÍFICAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO**

**TEMPORALES**

**TEMPO COMPLETO**  **TEMPO PARCIAL**

Otra o servicio determinado	<input type="checkbox"/>	4	0	1	<input type="checkbox"/>	5	0	1
Eventual	<input type="checkbox"/>	4	0	2	<input type="checkbox"/>	5	0	2
Interinidad	<input type="checkbox"/>	4	1	0	<input type="checkbox"/>	5	1	0
Temporal persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>	4	3	0	<input type="checkbox"/>	5	3	0
Situación jubilación parcial					<input type="checkbox"/>	5	4	0
Relevo	<input type="checkbox"/>	4	4	1	<input type="checkbox"/>	5	4	1
Otros contratos	<input type="checkbox"/>	9	9	0	<input type="checkbox"/>	9	9	0

Se establece un período de adaptación al trabajo que a su vez tendrá el carácter de período de prueba de (1) 1 mes, en las condiciones siguientes (2)

Para lograr la adecuación del puesto de trabajo a las características de la trabajadora, la empresa se compromete a realizar las siguientes adaptaciones al puesto de trabajo y/o en caso de que el contrato sea a distancia se realizarán los servicios de ajuste de personal y social siguientes

Los centros especiales de empleo que contraten temporalmente a personas con discapacidad, tendrán derecho durante toda la vigencia del contrato, a las bonificaciones del 100 por 100 de la cuota empresarial a la Seguridad Social, incluidas las de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las cuotas de recaudación conjunta.

Las partes se comprometen a observar lo dispuesto en la legislación vigente, y en especial, en el Real Decreto 1366/85, de 17 de julio modificado por el R.D. 427/1999, de 12 de marzo, en la Ley 12/2001 de 9 de julio (BOE de 10 de julio) y en la ley 43/2006, de 29 de diciembre (BOE de 30 de diciembre), An 15 del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015 de 23 de octubre, (BOE de 24 de octubre) y en su caso en el Convenio Colectivo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad Estatal.

Que el/la trabajadora esté admitido en el Programa de Activación para el Empleo y esté en posesión del documento acreditativo o resolución del SEPE (R. D. Ley 16/2014 de 19 de diciembre, modificado por R.D.Ley 7/2017, de 28 de abril).

(1) No podrá exceder de 6 meses.

(2) Las condiciones del período de adaptación al trabajo serán las determinadas, en su caso por el equipo Multiprofesional.



## Anexo C: Documentación de Baja en la Empresa.



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
NSI:	DOC IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA		
RAZÓN SOCIAL:	C.C.C.:	DIVISIÓN:
ACT. ECONÓMICA:	RÉGIMEN:	

OTROS DATOS					
TIPO CONTRATO:		COTIZACIÓN ADICIONAL:		ALTA:	BAJA:
R.L.C.E.:				INICIO CONTRATO DE TRABAJO:	
COEF. TIEMPO PARCIAL:	REDUCCIÓN JORNADA COEFIC.:	FECHA:	EDAD:		
G. COTIZACIÓN:	RELEVO:	TIPO DE INACTIVIDAD (COEPR.:	C.C.C.:		
TRABAJADOR SUSTITUTO:	OCUPACIÓN:		FIN CONTRATO DE TRABAJO:		
TRABAJADOR SUSTITUIDO:	CAUSA DE SUSTITUCIÓN:		FECHA EFECTOS BAJA:		
COLECTIVO EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-		
R.E.A.:	MODALIDAD DE COTIZACIÓN:	JORNADAS REALES REALIZADAS:		GRADO EMPRESA:	
		JORNADAS REALES PREVISTAS:		GRADO ACREDITADO:	
R.E.T.M.:	ZONA ESPECIAL CANARIAS:			TIPO:	
R.E.M.C.:	CATEGORÍA PROFESIONAL:			PENSIONISTA INCAF:	



CONDICIÓN DESEMPLEADO SEMPRESA:			CUANTÍA GLOBAL BOMIFICACIÓN:		
PERDIDA ÚLTIMOS 24 MESES:	INCAPACITADO READMITIDO:	VICTIMA VIOLENCIA:			
RENTA ACTIVA INSERCIÓN:	TRABAJADOR DE AUTÓNOMO:	CAMBIO PUESTO TRABAJO:			
MUJER SOBREPESADA:	EXCLUSIÓN SOCIAL:	EXCEDENTE SECTOR INDUSTRIAL INCENTIVADO:			
MUJER RESCINDIDA:	ACONCOMENTOS EXTRAORDINARIOS:				
PERDIDA DE BENEFICIOS:	POR TRABAJADOR:	CAUSA:			
	POR EMPRESA:	CAUSA:	EFECTOS:		
		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)					

TIPO DE PECULIARIDAD	PORCENTAJE/TIPO	CANTIDADES	FRACCIÓN DE CUOTA	DESDE	HASTA	CLV

TIPOS DE COTIZACIÓN*	CONTINGENCIAS PROFESIONALES: (T)	IMB:	TOTAL:	DESEMPLEO:

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

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

COORDINACIONES INFORMÁTICAS					
EMPRESA:	REFERENCIA:	FECHA:	BOJA:	BUENLA:	PÁGINA:
					1 de 1

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social "En los datos marcados con un asterisco(\*) el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERÍODO"



Anexo D: Documentación de variación de jornada.

En Murcia, a

**ANEXO AL CONTRATO DE TRABAJO**

De una parte, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en nombre y representación de la  
Empresa \_\_\_\_\_ con CIF \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_ ; y de otra parte, \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ en su propio nombre y derecho,

**ACUERDAN**

Las partes, en beneficio y mutuo acuerdo, amplían con carácter temporal la jornada de el/la trabajador/a como consecuencia de

por lo que, a partir del día \_\_\_\_\_, el/la trabajador/a pasará de desempeñar una jornada de \_\_\_\_\_ a una jornada de \_\_\_\_\_. Una vez finalizada la causa que motiva la presente ampliación el/la trabajador/a retornará a su jornada anterior sin necesidad de mediar acuerdo expreso en dicho sentido.

Sendo este cambio de jornada pactado entre las partes y por tanto voluntariamente aceptado de forma inequívoca mediante la firma conforme de este documento por duplicado por parte del trabajador ambas partes reconocen que la presente variación no constituye modificación sustancial de condiciones de trabajo ex artículo 41.1 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y que se da cumplimiento a lo establecido en el artículo 12.4 e) del mismo texto legal.

En prueba de conformidad se firma el presente en lugar y fecha indicados ut supra.

LA EMPRESA

EL/LA TRABAJADOR/A

(Sello y firma)



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A							
NOMBRE Y APELLIDOS:							
NSS:	DOC IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:			
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA							
RAZÓN SOCIAL:			C.C.C.:	DNI/NIE/IF:			
ACT. ECONÓMICA:			RÉGIMEN:				
			PERÍODO: 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 SI/EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-				
S.E.A.	MODALIDAD DE COTIZACIÓN:		GRADO EMPRESA:				
	JORNADAS REALES REALIZADAS:		GRADO ACREDITADO:				
R.E.T.M.	ZONA ESPECIAL CANARIAS*:		TIPO:		PENSIONISTA INCAP.:		
R.E.M.C.	CATEGORÍA PROFESIONAL*:						
CONDICIÓN DESEMPLEADO SI/EMPRESA:			CUANTÍA GLOBAL BONIFICACIÓN:				
PARTO ÚLTIMOS 24 MESES:		INCAPACITADO READMITIDO:	VÍCTIMA VIOLENCIA:				
RENTA 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
	<b>TOTAL CLV</b>						
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 INFORMÁTICAS					
REFERENCIA:	FECHA:	HORA:	BUJELLA:	PÁGINA:	
				1 de 1	

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social  
\*En los datos marcados con un asterisco(\*) el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERÍODO.



Anexo E: Documentación de prórroga del contrato.



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A							
NOMBRE Y APELLIDOS:							
NSS:	DOC IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:			
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA							
RAZÓN SOCIAL:			C.C.C.:	DNI/NIE/IF:			
ACT. ECONÓMICA:			RÉGIMEN:				
			PERÍODO: 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 SI/EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-				
S.E.A.	MODALIDAD DE COTIZACIÓN:		GRADO EMPRESA:				
JORNADAS REALES REALIZADAS:		JORNADAS REALES PREVISTAS:		GRADO ACREDITADO:			
R.E.T.M.	ZONA ESPECIAL CANARIAS*:		TIPO:		PENSIONISTA INCAP.:		
R.E.M.C.	CATEGORÍA PROFESIONAL*:						
CONDICIÓN DESEMPLEADO SI/EMPRESA:			CUANTÍA GLOBAL BONIFICACIÓN:				
PARTO ÚLTIMOS 24 MESES:		INCAPACITADO READMITIDO:	VÍCTIMA VIOLENCIA:				
RENTA 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:		HASTA:			
		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/MESES	FRACCIÓN DE CUOTA	DESDE	HASTA	CLV
	TOTAL 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)

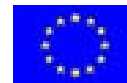
Fdo.:

El titular de la autorización

CODIFICACIONES INFORMÁTICAS					
REFERENCIA:	FECHA:	HORA:	BUJELLA:	PÁGINA:	
				1 de 1	

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social  
\*En los datos marcados con un asterisco(\*) el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERÍODO.





COMUNICACIÓN DE PRÓRROGA DE CONTRATO DE TRABAJO (1) ACOGIDO AL REAL DECRETO

DATOS DE LA EMPRESA

Form fields for company data: CIF./NIF./NIE, D./DÑA, NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA, PAIS, MUNICIPIO, C. POSTAL, NIF./NIE, EN CONCEPTO (2), DOMICILIO SOCIAL.

DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN

Form fields for social security account: RÉGIMEN, COD. PROV., NÚMERO, DIG. CONTR., ACTIVIDAD ECONÓMICA.

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

Form fields for workplace: PAIS, MUNICIPIO.

DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Form fields for worker: D./DÑA, NIF./NIE, FECHA DE NACIMIENTO, Nº AFILIACIÓN S.S., NIVEL FORMATIVO, NACIONALIDAD, MUNICIPIO DEL DOMICILIO, PAIS DOMICILIO.

Con la asistencia legal, en su caso, de D./Dña. con NIF./NIE. en calidad de (3)

COMUNICAN: a los Servicios Públicos de Empleo de, que han acordado una (4) prórroga, de meses de duración, desde el, hasta el, del contrato que con fecha y por una duración inicial de meses, fue celebrado por las partes arriba mencionadas y registrado en el Servicio Público de Empleo de en fecha con el número, siendo el tiempo acumulado del contrato inicial más la/las prórroga/s de (5)

En a de de 20 El/la trabajador/a El/la representante de la Empresa El/la representante legal del/de la menor, si procede

(1) Indicar el modelo de contrato objeto de la prórroga. (2) Director/a, Gerente, etc. (3) Padre, madre, tutor/a o persona o institución que le tenga a su cargo (4) Primera, segunda, tercera, etc. (5) Protección de datos.-Los datos del presente contrato tendrán la protección derivada del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27/04/2016 y de la Ley Organica 3/2018.



Anexo F: Documentación de transformación del contrato.



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
NSI:	DOC IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA				
RAZÓN SOCIAL:		C.C.C.:	DISTRITO/DF:	
ACT. ECONÓMICA:		RÉGIMEN:		
PERIODO Desde: Hasta:				

OTROS DATOS				
TIPO CONTRATO:			ATA:	BAJA:
R.L.C.E.:	COTIZACIÓN ADICIONAL:		INICIO CONTRATO DE TRABAJO	
CORP TIEMPO PARCIAL:		REDUCCIÓN JORNADA COEPR:	FECHA:	EDAD:
G. COTIZACIÓN:	RELEVO:	TIPO DE INACTIVIDAD (COEPR):	C.C.C.:	
TRABAJADOR SUSTITUTO:	OCUPACIÓN:		FIN CONTRATO DE TRABAJO:	
TRABAJADOR SUSTITUIDO:	CAUSA DE SUSTITUCIÓN:		FECHA EFECTOS BAJA:	
COLECTIVO EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-	
R.E.A.:	MEDIANIA DE COTIZACIÓN:	JORNADAS REALES REALIZADAS:	JORNADAS REALES PREVISTAS:	GRADO EMPRESA:
R.E.T.M.:	ZONA ESPECIAL CANARIAS:			GRADO ACREDITADO:
R.E.M.C.:	CATEGORÍA PROFESIONAL:			TIPO:
CONDICIÓN DESEMPLEADO EMPRESA:		CUANTÍA GLOBAL BOMIFICACIÓN:		
PERDIDA ÚLTIMOS 24 MESES:	INCAPACITADO REASBITADO:	VICTIMA VIOLENCIA:		
RENTA ACTIVA INSERCIÓN:	TRABAJADOR DE AUTÓNOMO:	CAMBIO PUESTO TRABAJO:		
MUJER SOBREPESADA:	EXCLUSIÓN SOCIAL:	EXCEDENTE SECTOR INDUSTRIAL INCENTIVADO:		
MUJER RINCORPORADA:	ACONCOMENTOS EXTRAORDINARIOS:			
PERDIDA DE BENEFICIOS:	POR TRABAJADOR:	CAUSA:	EFECTOS:	
	POR EMPRESA:	CAUSA:	HASTA:	
		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)				

TIPO DE PECULIARIDAD	PORCENTAJE/TIPO	CANTIDADES	FRACCIÓN DE CUOTA	DESDE	HASTA	CLV	TOTAL CLV

TIPOS DE COTIZACIÓN*	CONTINGENCIAS PROFESIONALES: IT	IMB:	TOTAL:	DESEMPLEO:
----------------------	---------------------------------	------	--------	------------

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

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 INFORMÁTICAS					
EMPRESA:	REFERENCIA:	FECHA:	BORSA:	BUELLA:	PÁGINA:
					1 de 1

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social "En los datos marcados con un asterisco (\*) el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERIODO"



## CONTRATO DE TRABAJO INDEFINIDO

### DATOS DE LA EMPRESA

CIF/NIF/NIE		
D.DÑA.	NF/NIE	EN CONCEPTO (1)
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		DOMICILIO SOCIAL
PAS	MUNICIPIO	C. POSTAL

### DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN

RÉGIMEN	COD. PROV.	NÚMERO	DIG. CONTR.	ACTIVIDAD ECONÓMICA
---------	------------	--------	-------------	---------------------

### DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

PAS	MUNICIPIO
-----	-----------

### DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

D.DÑA.	NF/NIE	FECHA DE NACIMIENTO
Nº AFILIACIÓN S.S.	NIVEL FORMATIVO	NACIONALIDAD
MUNICIPIO DEL DOMICILIO	PAS DOMICILIO	

con la asistencia legal, en su caso, de D./Dña. \_\_\_\_\_  
con N.I.F./N.I.E. \_\_\_\_\_, en calidad de (2) \_\_\_\_\_

### DECLARAN

Que reúnen los requisitos exigidos para la celebración del presente contrato y, en su consecuencia, acuerdan formalizarlo con arreglo a las siguientes:

### CLÁUSULAS

PRIMERA: El/la trabajador/a prestará sus servicios como (3) \_\_\_\_\_, incluido en el grupo profesional de \_\_\_\_\_ para la realización de las funciones (4) \_\_\_\_\_ de acuerdo con el sistema de clasificación profesional vigente en la empresa.  
En el centro de trabajo ubicado en (calle, nº y localidad) \_\_\_\_\_

Trabajo a distancia (5)

SEGUNDA: El contrato se concierda para realizar trabajos periodicos de carácter discontinuo consistentes en(6) \_\_\_\_\_ dentro de la actividad cíclica intermitente de (7) \_\_\_\_\_ cuya duración será de (8) \_\_\_\_\_

La duración estimada de la actividad será de (9) \_\_\_\_\_ Los/as trabajadores/as serán llamados/as en el orden y forma que se determine en el Convenio Colectivo de \_\_\_\_\_. La jornada estimada dentro del periodo de actividad será de \_\_\_\_\_ horas (10) \_\_\_\_\_ y la distribución horaria será \_\_\_\_\_

Si el convenio colectivo de ambito sectorial permite en los contratos Ejos dis continuos utilizar la modalidad de tiempo parcial, indique si se acoge al mismo. Si  No

TERCERA: La jornada de trabajo será:

**A tiempo completo:** la jornada de trabajo será de \_\_\_\_\_ horas semanales, prestadas de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, con los descansos establecidos legal o convencionalmente. (11)

**A tiempo parcial:** la jornada de trabajo ordinaria será de \_\_\_\_\_ horas  al día,  a la semana,  al mes,  al año(10) siendo esta jornada inferior a la de un trabajador tiempo completo comparable(12)

La distribución del tiempo de trabajo será de (13) \_\_\_\_\_ conforme a lo previsto en el convenio colectivo

En el caso de jornada a tiempo parcial señalese si existe o no pacto sobre la realización de horas complementarias (14):

SI  NO

CUARTA: La duración del presente contrato será INDEFINIDA, iniciándose la relación laboral en fecha ..... y se establece un período de prueba de (15) .....

QUINTA: El/la trabajador/a percibirá una retribución total de ..... euros brutos (16) ..... que se distribuirán en los siguientes conceptos salariales (17) .....

SEXTA: La duración de las vacaciones anuales será de (18) .....

SÉPTIMA: En lo no previsto en este contrato, se estará a la legislación vigente que resulte de aplicación y particularmente, el Estatuto de los Trabajadores aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre (BOE de 24 de octubre) y el Convenio Colectivo de .....

OCTAVA: El presente contrato se formaliza bajo la modalidad de contrato de relevo: Sí  NO

El/la trabajador/a:

Que está en desempleo e inscrito como demandante en el Servicio Público de Empleo de .....

Que tiene concertado con la empresa un contrato de duración determinada que fue registrado en el Servicio Público de Empleo de ..... con el número ..... con fecha .....

El/la representante de la Empresa:

Que el/la trabajador/a de la Empresa D/Dña ..... nacido el ..... que presta sus servicios en el centro de trabajo ubicado en ( calle, nº y localidad) ..... con la profesión de ..... incluido en el grupo/laboral/nivel/profesional ..... de acuerdo con el sistema de clasificación profesional vigente en la empresa que reduce su jornada ordinaria de trabajo y su salario en un ..... (19) por acceder a la situación de jubilación parcial regulada en el Real Decreto-Ley 5/2013 de 15 de marzo ha suscrito con fecha ..... y hasta ..... el correspondiente contrato de trabajo a tiempo parcial registrado en el Servicio Público de Empleo de ..... con el número ..... y con fecha .....

NOVENA: ESTE CONTRATO PODRÁ SER COFINANCIADO POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO.

DÉCIMA: El contenido del presente contrato se comunicará al Servicio Público de Empleo de ..... en el plazo de los 10 días siguientes a su concertación .

UNDÉCIMA. PROTECCIÓN DE DATOS.- Los datos consignados en el presente modelo tendrán la protección derivada del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, de 27 de abril de 2016 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (BOE de 6 de diciembre).

- (1) Director/a, Gerente, etc.
- (2) Padre, madre, tutor/a o persona o institución que le tenga a su cargo.
- (3) Señalar el grupo profesional o nivel profesional que corresponda, según el sistema de clasificación profesional vigente en la empresa.
- (4) Indicar profesión. Las funciones pueden ser todas las del grupo profesional o solamente alguna de ellas.
- (5) El trabajo a distancia se regula por lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 28/2020, de 22 de septiembre (BOE de 23 de septiembre), y requiere la firma del correspondiente acuerdo.
- (6) Esta cláusula solo se cumplimentará en caso de desarrollar trabajos de carácter [por discontinuos Indicar la actividad profesional a desarrollar por el trabajador.
- (7) Indicar la actividad [ya discontinua o de temporada de la empresa y su duración.
- (8) Indicar la duración de la actividad a desarrollar por esta trabajador/a.
- (9) Diarios, semanales o mensuales o anuales. Detallar Convenio.
- (10) Indique el número de horas según convenio colectivo para jornada completa, máximo legal o lo del trabajador a tiempo completo.
- (11) Indíquese la jornada del trabajador.
- (12) Se entenderá por "trabajador a tiempo completo comparable" a un trabajador a tiempo completo de la misma empresa y centro de trabajo con el mismo tipo de contrato de trabajo y que realice un trabajo idéntico o similar. Si en la empresa no hubiera ningún trabajador comparable a tiempo completo, se considerará la jornada a tiempo completo prevista en el convenio colectivo de aplicación, o, en su defecto, la jornada máxima legal.
- (13) Indique la distribución del tiempo de trabajo según el convenio colectivo.
- (14) Señálese lo que proceda y en caso afirmativo adjúntese el anexo si hay horas complementarias.s.
- (15) Respetando lo establecido en el art.14.1 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015 de 23 de octubre (BOE de 24 de octubre). En caso de acogerse al art.4 de la ley 3/2012 el periodo de prueba será de un año.
- (16) Diarios, semanales, mensuales o anuales.
- (17) Salario base, complementos salariales, plusas.
- (18) Mínimo: 30 días naturales.
- (19) Un mínimo del 25% y un máximo del 75%.



Que el CONTRATO INDEFINIDO que se celebra (marque la casilla que corresponda) se realiza con las siguientes cláusulas específicas :

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| <input type="checkbox"/>  | INDEFINIDO ORDINARIO CON O SIN REDUCCIÓN DE CUOTAS  | pág 4  |
| <input type="checkbox"/>  | DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  | pág 5  |
| <input type="checkbox"/>  | DE PERSONAS CON CAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE  | pág 6  |
| <input type="checkbox"/>  | DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO  | pág 7  |
| <input type="checkbox"/>  | DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROCEDENTES DE ENCLAVES LABORALES  | pág 8  |
| <input type="checkbox"/>  | DE PERSONAS DESEMPLEADAS DE LARGA DURACIÓN  | pág 9  |
| <input type="checkbox"/>  | DE TRABAJADORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, DOMESTICA, TERRORISMO Y VÍCTIMA DE TRATA DE SERES HUMANOS. | pág 10 |
| <input type="checkbox"/>  | DE EXCLUIDOS EN EMPRESAS DE INSERCIÓN.  | pág 11 |
| <input type="checkbox"/>  | DE FAMILIAR DE TRABAJADOR AUTÓNOMO.   | pág 12 |
| <input type="checkbox"/>  | DE MAYORES DE 52 AÑOS BENEFICIARIOS DE SUBSIDIOS POR DESEMPLEO.   | pág 13 |
| <input type="checkbox"/>  | PROCEDENTE DE UN CONTRATO PARA LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE DE ETT.  | pág 14 |
| <input type="checkbox"/>  | PROCEDENTE DE UN CONTRATO EN PRÁCTICAS DE ETT.  | pág 15 |
| <input type="checkbox"/>  | DEL SERVICIO DEL HOGAR FAMILIAR.  | pág 16 |
| <input type="checkbox"/>  | OTRAS SITUACIONES.  | pág 17 |
|  <input checked="" type="checkbox"/> | CONVERSIÓN DE CONTRATO TEMPORAL EN CONTRATO INDEFINIDO.   | pág 18 |

y cumple los requisitos exigidos en la norma reguladora



SIN CLÁUSULAS ESPECÍFICAS ( ORDINARIO )

CÓDIGO DE CONTRATO

- TIEMPO COMPLETO
- TIEMPO PARCIAL
- F.U.O. DISCONTINUO



**CLÁUSULAS ESPECÍFICAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

CÓDIGO DE CONTRATO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO	1	3	0
<input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	2	3	0
<input type="checkbox"/> FUE DISCONTINUO	3	3	0

Que el trabajador/a, es persona con discapacidad, y que tiene reconocida la condición de tal como se acredita mediante certificación expedida por:.....(1)

En el caso de contratos celebrados a tiempo completo, la empresa tendrá derecho a una subvención de 3.907 euros, si se cumplen los requisitos establecidos en el R.D.1451/83 de 11 de mayo (BOE de 4 de junio) y a las siguientes bonificaciones, de acuerdo con la ley 43/2006, en la cuota empresarial a la Seguridad Social durante la vigencia del contrato:

**TRABAJADORES/AS DISCAPACITADOS/AS SIN DISCAPACIDAD SEVERA**

**HOMBRES**

- a) Menores de 45 años 4.500 euros/año  
 b) Mayores de 45 años 5.700 euros/año

**MUJERES**

- a) Menores de 45 años 5.350 euros/año  
 b) Mayores de 45 años 5.700 euros/año

**TRABAJADORES/AS DISCAPACITADOS/AS CON DISCAPACIDAD SEVERA**

**HOMBRES**

- a) Menores de 45 años 5.100 euros/año  
 b) Mayores de 45 años 6.300 euros/año

**MUJERES**

- a) Menores de 45 años 5.950 euros/año  
 b) Mayores de 45 años 6.300 euros/año

En el caso de contratos celebrados a tiempo parcial o fijos discontinuos, la empresa tendrá derecho a una subvención de..... si se cumplen los requisitos establecidos en el R.D. 1451/83 de 11 de mayo (BOE de 4 de junio) y a las bonificaciones que resulten de aplicar a la prevista para cada colectivo un porcentaje igual al de la jornada pactada, art. 2.7 de la Ley 43/2006, de 29 de diciembre (BOE de 30 de diciembre), al que se le sumará 30 puntos porcentuales, sin superar el 100% de la cuantía prevista.

(1) Indicar el organismo oficial que ha expedido la certificación





**CLÁUSULAS ESPECÍFICAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO**

CÓDIGO DE CONTRATO

- TIEMPO COMPLETO 1 5 0
- TIEMPO PARCIAL 2 5 0
- FLUO DISCONTINUO 3 5 0

El trabajador/a tiene reconocida la condición de persona con discapacidad como se acredita con la resolución/ certificación expedida por :  
.....(1)

Se establece un período de adaptación al trabajo que a su vez tendrá el carácter de período de prueba de (2) ..... en las condiciones siguientes .....(3)

Para lograr la adecuación del puesto de trabajo a las características de/del/a trabajador/a, la empresa se compromete a realizar las siguientes adaptaciones al puesto de trabajo..... y/o en caso de que el contrato sea a domicilio se realizarán los servicios de ajuste de personal y social siguientes .....

Los centros especiales de empleo que contraten indefinidamente a personas con discapacidad, tendrán derecho durante toda la vigencia del contrato, a las bonificaciones del 100 por 100 de la cuota empresarial a la Seguridad Social, incluidas las de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las cuotas de recaudación conjunta .

(1) Indicar el organismo competente.

(2) No podrá exceder de 6 meses.

(3) Las condiciones del período de adaptación al trabajo serán las determinadas, en su caso por el equipo Multiprofesional.



**CLÁUSULAS ESPECÍFICAS DE MAYORES DE 52 AÑOS BENEFICIARIOS DE SUBSIDIOS POR DESEMPLEO**

<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO	CÓDIGO DE CONTRATO	<input type="checkbox"/> FJO DISCONTINUO	CÓDIGO DE CONTRATO
<input type="checkbox"/> CON BONIFICACIÓN	1 5 0	<input type="checkbox"/> CON BONIFICACIÓN	3 5 0
<input type="checkbox"/> SIN BONIFICACIÓN	1 0 0	<input type="checkbox"/> SIN BONIFICACIÓN	3 0 0

**El/la trabajador/a**

Que es mayor de 52 años, se encuentra inscrito en el Servicio Público de Empleo y es beneficiario/a de cualquiera de los subsidios por desempleo:

- Recogidos en el art. 274 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Trabajadores/as eventuales incluidos en el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social.

La Entidad Gestora de las prestaciones abonará mensualmente a la trabajadora/a el 50% de la cuantía del subsidio durante la vigencia del contrato, con el límite máximo del doble del período pendiente de percibirlo. El/la empresario/a, durante este tiempo, tendrá cumplida la obligación del pago del salario que corresponda a la trabajadora/a, completando la cuantía del subsidio recibido por el/la trabajadora/a hasta el importe de dicho salario, siendo responsable de las cotizaciones a la Seguridad Social por todas las contingencias y por el total del salario indicado, incluyendo el importe del subsidio.

En el supuesto de trabajadores/as incluidos en el REASS, la entidad gestora abonará a la trabajadora/a el 50% del importe de la cuota Eja del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social durante la vigencia del contrato y el/la empresario/a será responsable de la cotización por jornadas reales al REASS por las contingencias que correspondan.

Si se reúnen los requisitos y condiciones establecidos en la Ley 43/2006 de 29 de diciembre (BOE 30 de diciembre), o en el Art.8 del R.D. -ley 8/2019, de 8 de marzo y pertenece algún colectivo de esta ley, la empresa así como los/as trabajadores/as autónomos se bonificarán en las cuotas empresariales a la Seguridad Social:

COLECTIVO



➔  **CLAÚSULAS ESPECÍFICAS DE LA CONVERSIÓN DE CONTRATO TEMPORAL EN CONTRATO INDEFINIDO**

TIEMPO COMPLETO

CÓDIGO DE CONTRATO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1 3 9

BONIFICADO (1)

1 0 9

CON BONIFICACIÓN CEE

1 8 9

SIN BONIFICACIÓN

1 8 9

CON REDUCCIÓN DE CUOTAS

SIN REDUCCIÓN DE CUOTAS

TIEMPO PARCIAL

CÓDIGO DE CONTRATO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2 3 9

CON BONIFICACIÓN (1)

2 0 9

CON BONIFICACIÓN CEE

2 0 9

SIN BONIFICACIÓN

2 8 9

CON REDUCCIÓN DE CUOTAS

SIN REDUCCIÓN DE CUOTAS

FUO DISCONTINUO

CÓDIGO DE CONTRATO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

3 3 9

CON BONIFICACIÓN (1)

3 0 9

CON BONIFICACIÓN CEE

3 0 9

SIN BONIFICACIÓN

3 8 9

CON REDUCCIÓN DE CUOTAS

SIN REDUCCIÓN DE CUOTAS



**COMUNICAN** a los Servicios Públicos de Empleo de ..... que con fecha ..... han acordado la **CONVERSIÓN** en :

- Contrato INDEFINIDO  
 Contrato FUO DISCONTINUO

De un contrato (2) ..... celebrado por las partes arriba mencionadas el día ..... y que fue registrado o comunicado al Servicio Público de Empleo de ..... en fecha ..... y con el número .....

(1) Cuando la conversión en indefinido se trate de un contrato para la formación y el aprendizaje de un trabajador inscrito en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil habrá que indicar **BONIFICADO**.

Indíquese la modalidad de contrato temporal que se transforma y señale que opción está de acuerdo con la jornada pactada. Se pueden transformar con derecho a bonificación los contratos en prácticas y temporales para el fomento del empleo para personas con discapacidad y las de los CEE. Asimismo se pueden bonificar los contratos en prácticas de relevo y de sustitución o anticipación de la edad de jubilación, cualquiera que sea la fecha de su celebración. También la conversión de contratos eventuales de trabajadores agrarios realizada antes del 1 de enero de 2020, las de trabajadores en situación de exclusión social, y víctimas de violencia de género, doméstica y del terrorismo. También los contratos para la formación y el aprendizaje cualquiera que sea la fecha de su celebración tendrán derecho a la reducción correspondiente por la transformación en indefinido.



**COMUNICACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO TRANSFORMACIÓN A TIEMPO COMPLETO  
CON BONIFICACIÓN**

CÓDIGO 109

**DATOS DE LA EMPRESA**

CIF/NIF/NIE

Nombre y Razón Social de la Empresa		Domicilio Social	
País	Municipio	C. Postal	

**DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN**

Régimen	Cód. prov.	Número	Cód. sede	Actividad Económica
---------	------------	--------	-----------	---------------------

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

País	Municipio
------	-----------

**DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A**

DNI*		NIF/NIE		Fecha de nacimiento
Nº afiliación a la S.S.	Nivel Formativo	Nacionalidad		
Municipio de domicilio			País de domicilio	

**IDENTIFICADOR DE LA TRANSFORMACIÓN**

B-30

**DATOS DE LA TRANSFORMACIÓN**

Ocupación Desempeñada :

Fecha de Transformación :

Fecha de Comunicación :

Indicador de discapacidad :

Colectivo de Bonificación :

DISCAPACITADOS EN CENTROS ESPEC. EMPLEO

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**DATOS DE LA COPIA BÁSICA DE LA TRANSFORMACIÓN**

Firma de la Copia Básica :



Anexo G: Documentación de incapacidad temporal.



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

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
NISS:	DOC IDENTIFICATIVO:	NUM:	SEXO:	NACIMIENTO:
DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA				
RAZÓN SOCIAL:			C.C.C.:	DIVISIÓN:
ACT. ECONÓMICA:			RÉGIMEN:	
			PERIODO Desde:	Hasta:

OTROS DATOS				
TIPO CONTRATO:			ATA:	BAJA:
R.L.C.E.:		COTIZACIÓN ADICIONAL:		INICIO CONTRATO DE TRABAJO:
COEF. TIEMPO PARCIAL:		REDUCCIÓN JORNADA COEPC:		FECHA: IDAD:
G. COTIZACIÓN:	RELEVO:	TIPO DE INACTIVIDAD COEPC:		C.C.C.:
TRABAJADOR SUSTITUTO:	OCUPACIÓN:		FIN CONTRATO DE TRABAJO:	
TRABAJADOR SUSTITUIDO:	CAUSA DE SUSTITUCIÓN:		FECHA EFECTOS BAJA:	
COLECTIVO EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN:			DISCAPACIDAD -GRADO y TIPO-	
R.E.A.:	MED. IDAD DE COTIZACIÓN:	JORNADAS REALES REALIZADAS:		JORNADAS REALES PREVISTAS:
R.E.T.M.:	ZONA ESPECIAL CANARIAS:	GRADO EMPRESA:		GRADO ACREDITADO:
R.E.M.C.:	CATEGORÍA PROFESIONAL:	TIPO:		PENSIONISTA INCAPI:

CONDICIÓN DESEMPLEADO EMPRESA:			CUANTÍA GLOBAL BOMIFICACIÓN:	
PERDIDA ÚLTIMOS 24 MESES:	INCAPACITADO REASBITADO:	VICTIMA VIOLENCIA:		
RENTA ACTIVA INSERCIÓN:	TRABAJADOR DE AUTÓNOMO:	CAMBIO PUESTO TRABAJO:		
MUJER SOBREPESADA:	EXCLUSIÓN SOCIAL:	EXCEDENTE SECTOR INDUSTRIAL INCENTIVADO:		
MUJER RESCINDIDA:	ACONCOMENTOS EXTRAORDINARIOS:			
PERDIDA 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)				



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

TIPOS DE COTIZACIÓN*	CONTINGENCIAS PROFESIONALES: IT:	IMB:	TOTAL:	DESEMPLEO:
----------------------	----------------------------------	------	--------	------------

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

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

COORDINACIONES INFORMÁTICAS					
EMP./TC:	REFERENCIA:	FECHA:	BOJA:	BOE/LA:	PÁGINA:
					1 de 1

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera derechos ni expectativas de derecho en la cotización a la Seguridad Social "En los datos marcados con un asterisco" y el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERIODO



Anexo H: Modelo normalizado de registro de apoderamiento APODERA.

## Justificante de Aceptación de Apoderamiento

### ACEPTACION DE APODERAMIENTOS EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE APODERAMIENTOS

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (apoderado) con N.I.F. \_\_\_\_\_ acepta el poder otorgado por D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ (poderdante) con N.I.F. \_\_\_\_\_ para la realización de las actuaciones y unidades orgánicas indicadas en el poder.

**Unidad orgánica a la que aplica el poder:**

**Tipo de apoderamiento:**

**Estado del apoderamiento (\*):** **AUTORIZADO**

**Fecha de aceptación:**

**Periodo de vigencia:**

**Registro Electrónico Común (Número Registro - Fecha Registro):**

**Identificador apoderamiento:**

**Origen:**

**Estatutos**

No existen documentos anexados.

- 
- El presente apoderamiento iniciará su vigencia de acuerdo con los plazos establecidos en la Orden Ministerial de creación del Registro Electrónico de Apoderamientos
  - El poderdante autoriza a que sus datos personales sean tratados a los exclusivos efectos de los trámites y actuaciones por medios electrónicos objetos de la representación.
  - El Código de Verificación Segura incluido en el presente justificante permite la comprobación de la integridad del registro.

- (\*) Estados de un apoderamiento:



- **Autorizado:** apoderamiento recién creado que no necesita confirmación del apoderado o que ha sido autorizado por el apoderado.
- **Caducado:** apoderamiento que ha superado el periodo de vigencia.
- **Cancelado:** apoderamiento que ha superado el periodo de espera de confirmación por el apoderado.
- **Denegado:** apoderamiento que estando en el estado pendiente de subsanación, no ha sido subsanado en un tiempo superior a lo establecido en la orden ministerial.
- **Renunciado:** apoderamiento renunciado por el apoderado.
- **Revocado:** apoderamiento revocado por el poderdante.
- **Sin autorizar:** apoderamiento que necesita confirmación del apoderado para pasar a Autorizado.