



PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA NATURAL



UNIÓN SINDICAL OBRERA

REGIÓN DE MURCIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. CONSIDERACIONES	6
3. ACTUACIÓN EMPRESARIAL	7
4. PRESTACIONES	10
• Incapacidad laboral por Enfermedad Común	10
• Riesgo durante el embarazo	11
• Maternidad	12
• Riesgo durante la Lactancia Natural	13
ANEXO I. MODELO DE COMUNICACIÓN A LA EMPRESA. MODELO DE INFORME INFORME MÉDICO S.P.S.	14
• MODELO DE COMUNICACIÓN A LA EMPRESA	14
• MODELO DE INFORME MEDICO	15
ANEXO II. CLASIFICACIÓN DE RIESGOS	16
ANEXO III. DOCUMENTACIÓN: RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL	24
• SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA	24
• INFORME MÉDICO	26
• DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE ACTIVIDAD	27
• SOLICITUD DE PRESTACIÓN	29
• DECLARACIÓN DE EMPRESA SOBRE INEXISTENCIA DE PUESTO COMPATIBLE	31
• CERTIFICADO DE EMPRESA	32
• MODELO 145	33
ANEXO IV. DOCUMENTACIÓN MATERNIDAD-PATERNIDAD	34
• SOLICITUD DE MATERNIDAD-PATERNIDAD	34
• CERTIFICADO DE EMPRESA (I)	42
• CERTIFICADO DE EMPRESA (II)	43
• MODELO 145	44
• ACUERDO EMPRESA-TRABAJADORA/TRABAJADOR	45

INTRODUCCIÓN

Esta guía pretende ser una herramienta de información y consulta para evitar cualquier tipo de situación de riesgo a todas aquellas trabajadoras embarazadas y sus bebés.

Recordemos que el sistema reproductivo de los hombres y mujeres es particularmente vulnerable a los potenciales efectos de la exposición a determinados factores de riesgo de origen físico, químico, biológico o de naturaleza ergonómica y psicosocial. Estos factores de riesgo, cuando están presentes en el lugar de trabajo, pueden afectar a la salud reproductiva de las mujeres y los hombres expuestos, así como al producto de la gestación y la lactancia.

Los factores de riesgo de origen laboral pueden tener efectos perjudiciales sobre la fertilidad, es decir, pueden producir alteraciones de la libido, comportamiento sexual, función endocrina, espermatogénesis y duración de la vida reproductiva. Así mismo, pueden afectar al producto de la gestación (abortos espontáneos, defectos congénitos, retraso del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, alteraciones en el desarrollo infantil, cáncer infantil, mortalidad perinatal, etc.). Además, un mismo factor de riesgo puede tener tanto efectos en la fertilidad como sobre el producto de la gestación.

Un elemento importante para valorar el efecto nocivo de un factor de riesgo sobre la salud reproductiva, es el momento en que se produzca la exposición al factor de riesgo en relación con el ciclo reproductivo o desarrollo del embarazo. Antes de la concepción se pueden producir efectos mutagénicos tanto en hombre como en mujeres, que en los hombres se manifiestan, fundamentalmente, como alteraciones en la espermiogénesis. Cuando el factor de riesgo incide en la mujer tras la concepción, su efecto también variará según el momento del periodo de la gestación en que incida. Durante los tres primeros meses, suele causar defectos congénitos o abortos espontáneos, mientras que en los seis últimos meses, la exposición puede producir retrasos en el crecimiento intrauterino, alteraciones en el desarrollo cerebral, parto pretérmino, mortalidad perinatal y bajo peso del recién nacido.

Estudios epidemiológicos, realizados en población general, han evidenciado una disminución de la fertilidad femenina y sobre todo masculina, cuyas principales causas están vinculadas a la exposición ambiental, laboral y cambios en el perfil de los estilos de vida. Se ha estimado que entre un 10-15% de las parejas son incapaces de concebir tras una año de relaciones sexuales sin protección.

Un número importante de factores de riesgo para la fertilidad humana de origen tóxico pueden encontrarse en lugares de trabajo. Estudios de investigación, realizados en población ocupada masculina, han detectado alteraciones en el semen como consecuencia de la exposición laboral prolongada. Estas alteraciones del semen pueden afectar a la concentración de espermatozoides (oligospermia, azoospermia), a su movilidad (astenozoospermia, necrozoospermia) o a su morfología (teratospermia). Así mismo la exposición laboral a factores de riesgo puede producir trastornos en la fertilidad femenina (alteraciones en la función menstrual, ovárica y del tiempo de concepción).

Respecto a los estudios que valoran el efecto de la exposición laboral sobre el producto de la gestación (aborto espontáneo, bajo peso al nacimiento, parto pretérmino, mortalidad perinatal, etc.), la literatura científica existente es más abundante pero no siempre concluyente. Así por ejemplo, los resultados de ésta, sobre el efecto de la exposición a pantallas de visualización y campos electromagnéticos en el producto de la gestación no son consistentes. Tampoco lo son los relativos a la relación entre la exposición a algunos metales y el riesgo de presentar alteraciones en la menstruación, infertilidad o aborto espontáneo. En cambio, existe bastante consenso sobre una posible relación causal entre la exposición ocupacional a disolventes (particularmente los disolventes orgánicos) y el riesgo de presentar dismenorrea y abortos espontáneos. Así mismo, la exposición a factores de riesgo ergonómico y psicosocial (trabajo en turnos, permanecer largo tiempo de pie o manejar cargas pesadas) incrementa el riesgo de aborto espontáneo y bajo peso.

Otros posibles efectos de la exposición laboral, son los defectos congénitos. En aproximadamente un 3% de todos los nacimientos se dan malformaciones mayores. De estas malformaciones, se ha estimado que un 3% son consecuencia de la exposición a agentes tóxicos, y un 23% tienen una etiología multifactorial, resultado de una amplia interacción entre factores genéticos y factores ambientales. Pero aún existe un 40% de malformaciones con etiología desconocida. Los plaguicidas e hidrocarburos halogenados, son de los agentes químicos utilizados en el lugar de trabajo, los que en mayor medida han sido implicados en la aparición de defectos congénitos.

Además, hay que tener en cuenta que durante el embarazo se producen en el organismo una serie de cambios fisiológicos (cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, etc.), algunos de los cuáles pueden afectar al desarrollo de la actividad laboral de la embarazada. Así mismo, se tienen que considerar los cambios antropométricos que se producen durante el embarazo, sobretodo el aumento del volumen del abdomen. Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta en el acondicionamiento del puesto de trabajo de la mujer embarazada.

Una vez todo lo anterior, mencionar que, un trabajo en sí mismo no tiene porqué comportar un riesgo para el embarazo y la lactancia natural, siempre y cuando las condiciones del mismo sean las adecuadas. El problema aparece cuando las condiciones en que debe realizarse este trabajo pueden resultar perjudiciales para la salud de la trabajadora y/o su bebé.

2.

CONSIDERACIONES

La Directiva europea 92/85/CEE es la normativa por **excelencia** que dispone de los criterios a seguir para promover la prevención y proteger la salud frente a los diferentes riesgos para la protección de la maternidad. Dicha Directiva establece las siguientes definiciones:

- **Trabajadora embarazada:** cualquier trabajadora embarazada que comunique su estado al empresario, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales.
- **Trabajadora que ha dado a luz:** cualquier trabajadora que haya dado a luz en el sentido de las legislaciones y/o prácticas nacionales, que comunique su estado al empresario, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas nacionales.
- **Trabajadora en período de lactancia:** cualquier trabajadora en periodo de lactancia, que comunique su estado al empresario, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas nacionales.

Como habéis podido comprobar, coincide en todas las definiciones “**que comunique su estado al empresario**”. Aunque en nuestro ordenamiento no contemple la obligación de comunicarlo, si es conveniente realizar dicha comunicación para que se puedan tomar las diferentes medidas preventivas necesarias teniendo en cuenta tu situación.

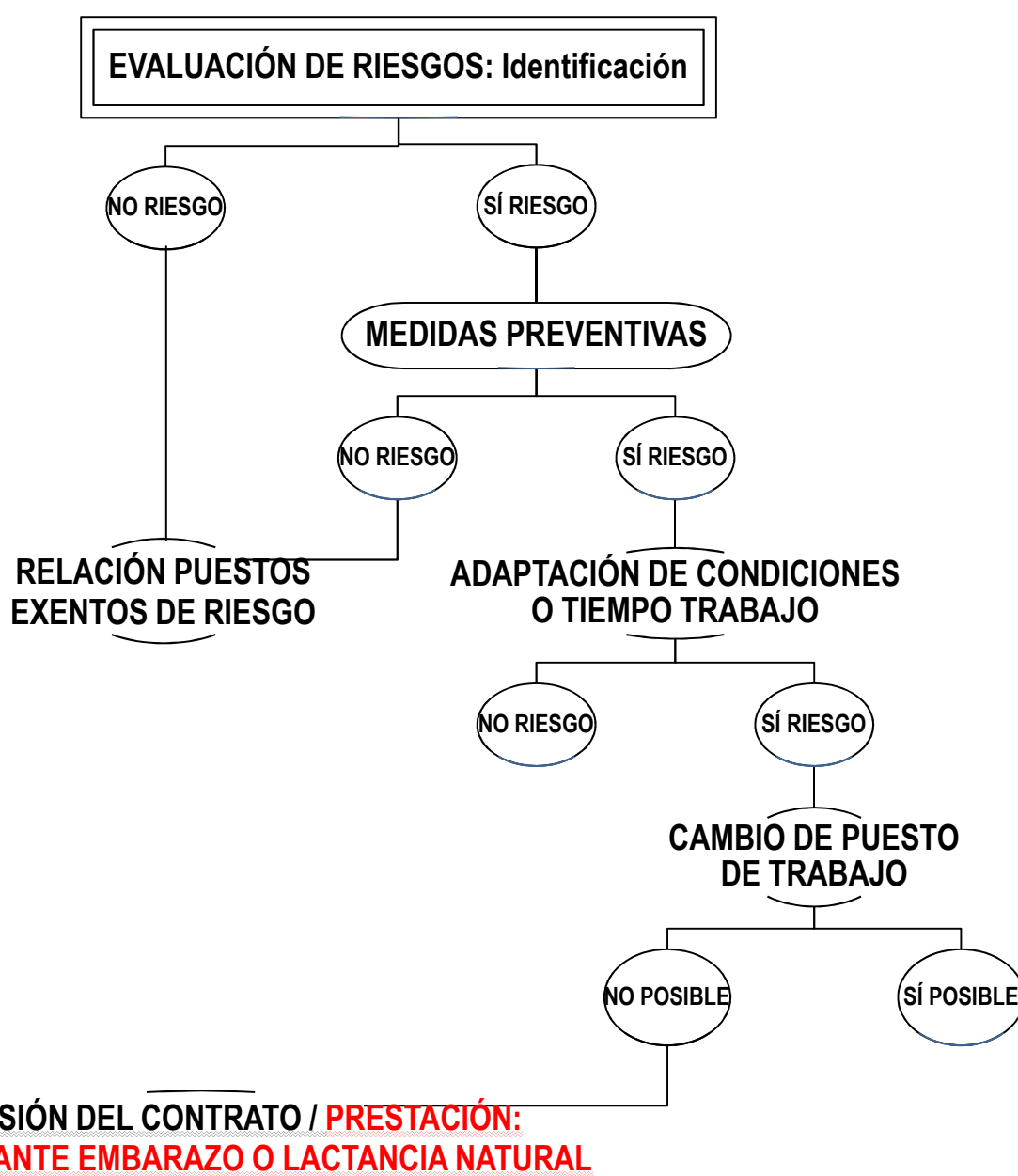
Esta comunicación se realizará mediante cualquier mecanismo probatorio, directamente por la trabajadora en cuestión o a través del Delegado de Personal, miembro Comité de Empresa o Delegado Sindical, junto con el informe médico del Servicio Público de Salud.

MODELOS: COMUNICACIÓN E INFORME MEDICO S.P.S. DISPUESTO EN EL ANEXO I

En nuestro país, **la incorporación de la directiva se efectuó mediante la Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de **Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)**, que en su artículo 26, modificado posteriormente por la **Ley 39/1999**, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y, recientemente, por la **Ley Orgánica 3/2007**, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, contempla la práctica totalidad de las disposiciones de la directiva. Así la **trasposición de la Directiva 92/85/CEE al RD 298/2009**, de 6 de Marzo, que modifica **RD 39/1997**, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en sus **ANEXOS VII Y VIII que conforman la lista no exhaustiva de riesgos**.

ACTUACIÓN EMPRESARIAL

Según el art. 26 de la Ley 31/1995 LPRL, el procedimiento a seguir en la prevención de riesgos en la empresa ante la reproducción, la maternidad y lactancia natural es el siguiente:



Para la identificación de riesgos y su posterior evaluación debemos revisar la clasificación realizada en base al RD 298/2009 ANEXOS VII Y VIII que conforman la lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural.

LA CLASIFICACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ESTÁ EN EL ANEXO II

En la **evaluación de riesgos**, prevista en el art. 16 del LPRL, deben tenerse en cuenta los riesgos para la reproducción, la maternidad y lactancia natural. Como resultado de esta evaluación debería elaborarse, previa consulta con los representantes de los trabajadores, una **relación de puestos de trabajo exentos de riesgos**, según el art. 26.2 de la mencionada Ley.

Esta evaluación debe comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico. Debe considerarse una evaluación adicional a las evaluaciones de riesgo previstas en la citada Ley, debiendo realizarse de conformidad con lo dispuesto en ella y su normativa de desarrollo. Deberá repetirse cuando se produzca un cambio en las condiciones del puesto de trabajo.

En aquellos puestos de trabajo donde se detecten riesgos, el empresario debe adoptar las **medidas preventivas** necesarias para eliminarlos y, en todo caso, evitar la exposición de las trabajadoras a los mismos (art. 15,16 y 26 LPRL).

Las trabajadoras deben ser informadas de los mismos, y de la importancia de la detección precoz del embarazo y su comunicación a la empresa.

Si persisten los riesgos tras haber realizado las medidas preventivas se procederá a la **adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo**, incluyendo la no realización de trabajo nocturno o trabajo a turnos, cuando resulte necesario, art. 26.1 LPRL.

Cuando la adaptación de las condiciones o del tiempo de trabajo no resulte posible o, a pesar de su aplicación, se mantuviera el riesgo, recurriremos al **cambio de puesto de trabajo**, art. 26.2 LPRL. Dicho cambio de puesto se realizará a cualquiera de los contenidos en la relación de los puestos de trabajo exentos de riesgos, que pudiera ocupar la trabajadora durante el período correspondiente.

Si no fuera posible y cambiara a otro puesto de trabajo no exento de riesgo, se debe volver al principio: evaluar-identificar los riesgos, medidas preventivas, adaptación...

El fin es que la trabajadora desempeñe un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado. Este cambio se llevará a cabo de conformidad con el artículo 39 del Estatuto de los trabajadores y demás reglas y criterios aplicables en los supuestos de movilidad funcional. Puede realizarse a un puesto no correspondiente a su grupo o categoría, aunque conservando el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen.

Según art. 26.3 y 26.4 LPRL, si dicho cambio de puesto no resultara técnica u objetivamente posible, o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de **SUSPENSIÓN DEL CONTRATO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL**, contemplada en el artículo 45.1.d del Estatuto de los Trabajadores, durante el período necesario para la protección de su seguridad o de su salud y mientras persista la imposibilidad de reincorporarse a su puesto anterior o a otro puesto compatible con su estado. Pasando a percibir, en cualquiera de los casos, una prestación económica cuya cuantía será el **100%** de la **base reguladora** establecida para la prestación de incapacidad temporal **derivada de contingencias profesionales***, no haciendo falta un periodo mínimo de cotización a la Seguridad Social.

***La base reguladora establecida para la prestación** de incapacidad temporal **derivada de contingencias profesionales** se obtiene por adición de dos sumandos (RIESGO EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL):

1. **La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior**, sin horas extraordinarias, dividida por el número de días a que corresponda dicha cotización (si el salario es diario) o por 30 (si es salario mensual).
2. **La cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.**

***La base reguladora establecida para la prestación** de incapacidad temporal **derivada de contingencias comunes** (MATERNIDAD O I.T.) el resultado de dividir el importe de la base de cotización del trabajador en el mes anterior al de la fecha de iniciación de la incapacidad por el número de días a que dicha cotización se refiere (este divisor será concretamente: 30, si el trabajador tiene salario mensual; 30, 31 ó 28, 29 si tiene salario diario).

PRESTACIONES

Para comprender las distintas etapas del proceso, según sus características y prestaciones, desde el embarazo hasta la lactancia, debemos de realizar la siguiente aclaración:

➤ Ante el embarazo nos podemos encontrar con dos situaciones bien distintas:

- **Incapacidad Temporal derivada de una Enfermedad Común.**

Situación en la que la evolución clínica del embarazo de la trabajadora presenta problemas y la causa no es de origen laboral (riesgo genérico). Constituido por aquellas situaciones en las que la sobrecarga asociada a todo embarazo ocasiona que aparezcan enfermedades (hipertensión o diabetes) o en la que otras circunstancias personales y particulares hacen que deba catalogarse de esta manera: avanzada edad, parto múltiple...

Dicha baja es tramitada normalmente a través del INSS, por el médico de familia.

La cuantía de la prestación será del 60% de la **base reguladora***, desde el 4º día de la baja hasta el 20º inclusive y el 75% desde el día 21 en adelante, siempre que se cumpla el periodo mínimo de cotización a la Seguridad Social.

¿Qué es la incapacidad Temporal?

Es un subsidio diario que cubre la pérdida de rentas mientras el trabajador está imposibilitado temporalmente para trabajar y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

¿Cuándo se inicia?

Por enfermedad común o accidente no laboral, desde el 4º día de la baja. Por accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja.

Por enfermedad común o accidente no laboral, desde el 4º día de la baja.

Por accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja.

¿Qué trámites y dónde se deben realizar?

Desde el inicio hasta el cumplimiento de los 365 días de la percepción de la prestación:

-El Servicio Público de Salud, o en su caso, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y las empresas colaboradoras, extenderán los partes médicos de baja, de confirmación de baja y alta.

-El Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de sus inspectores médicos pueden emitir el alta médica a todos los efectos.

Agotados los 365 días de la percepción de la prestación, el Instituto Nacional de la Seguridad Social es el único competente para reconocer la prórroga, iniciar expediente de Incapacidad Permanente, emitir el alta, emitir una nueva baja médica si se produce en el plazo de 180 días posteriores al alta médica por la misma o similar patología.

¿Cuál es la duración máxima de la prestación?

Si es por enfermedad o accidente 365 días prorrogables por otros 180, si durante este último periodo se prevé su curación.

¿Cuándo finaliza la prestación?

Por transcurso del plazo máximo establecido, por alta médica, por pasar a ser pensionista, por no prestarse a los reconocimientos médicos.

- **Riesgo durante el Embarazo**

Situación en la que la fuente del problema es de origen laboral. La prestación económica trata de cubrir la pérdida de ingresos que se produce, cuando la trabajadora es declarada en situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, en los supuestos en que, debiendo cambiar de puesto de trabajo o de actividad por otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

Dicha baja es tramitada normalmente a través de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades profesionales a las que la empresa esté asociada.

La cuantía de la prestación es del 100% de la base reguladora establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, no hace falta un periodo mínimo de cotización.

¿Qué es el riesgo durante el embarazo?

Es la situación en la que se encuentra la trabajadora durante el período de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, cuando debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir éste negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte posible o no pueda exigirse por motivos justificados.

¿Qué trámites se deben realizar?

La trabajadora deberá **comunicar a la empresa dicha situación y solicitar Certificado médico** a la Entidad gestora (INSS) o Mutua de AT y EP, en función de la Entidad que cubra los riesgos profesionales, la actividad por riesgo o no durante el embarazo, **acompañando:**

-**Informe del médico del Servicio Público de Salud que la asiste**, en el que se acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.

-**Declaración de la empresa**, sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua emitirán **certificado médico (Original+2 Copias) acreditando si las condiciones del puesto influyen negativamente** en la salud de la trabajadora o del feto(POSITIVO)y a partir de qué semana; **o no influyen(NEGATIVO)**. El original se entregará a la trabajadora, **una copia** para la empresa y la última quedará en manos del servicio facultativo.

La trabajadora presentará la **solicitud de prestación, según modelo oficial**, a la que acompañará, además de los documentos indicados:

-**Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible** con el estado de la trabajadora.

-**D.N.I., fotocopia de las 3 nóminas del mes anterior** a la suspensión del contrato, **contrato de trabajo, Impreso de IRPF(Mod. 145)** y el **Certificado de Empresa**.

¿Dónde se tramitan?

La solicitud y documentación indicada puede presentarse en cualquiera de los Centros de la Entidad gestora o en la Mutua de AT y EP.

El Director Provincial de la Entidad gestora de la provincia en que resida la interesada, dictará y **notificará la resolución en el plazo de 30 días**.

¿Cuándo se inicia, finaliza y extingue la prestación?

El **derecho al subsidio nace** desde el mismo día que se inicia la suspensión del contrato de trabajo o el permiso por riesgo durante el embarazo, se abonará durante el tiempo que sea necesario para la protección de la salud de la trabajadora embarazada y/o del feto y **finalizará** el día anterior al de inicio del descanso por maternidad o el de reincorporación al puesto de trabajo.

El **derecho se extingue** por suspensión del contrato de trabajo por maternidad; por reincorporación al puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado; por extinción del contrato de trabajo por causas legales; por interrupción del embarazo; por fallecimiento.

DOCUMENTACIÓN Y FORMULARIOS RECOGIDOS EN EL ANEXO III: IBERMUTUAMUR

➤ **Tras el parto, ordenadamente, siguiendo la secuencia anterior:**

• **Maternidad**

Es una prestación económica que trata de cubrir la pérdida de rentas o ingresos que sufren los trabajadores cuando se suspende el contrato o se interrumpe su actividad para disfrutar de los periodos de descanso por maternidad, adopción, acogimiento y tutela, legalmente establecidos.

Dicho interrupción es tramitada normalmente a través del INSS.

La cuantía de la prestación será del **100% de la base reguladora** establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, desde el inicio del descanso, siempre que se cumpla el periodo mínimo de cotización, sino tendrán derecho a un subsidio no contributivo durante los 42 días naturales siguientes al parto, en una cuantía equivalente al 100% del IPREM.

¿Qué es la prestación de maternidad?

Es un subsidio que se reconoce a los trabajadores, durante los periodos de descanso legalmente establecidos, en los supuestos de maternidad, adopción, acogimiento familiar y tutela, siempre que acrediten los requisitos exigidos en cada caso.

¿Qué trámites se deben realizar?

El procedimiento para el reconocimiento del derecho se inicia a instancia del interesado@, mediante solicitud, según modelo oficial, que irá **acompañando de la siguiente documentación**:

-D.N.I

-**Informe de Maternidad (Original + 3 copias)** del médico del Servicio Público de Salud que le asiste, en el que se acredite la fecha probable del parto o la fecha del parto. El **original** se entregará a la trabajadora junto con **una copia** para que la presente en la empresa en el plazo de 7 días; **otra copia** se tramitará a la Inspección de Servicios Sanitarios u órgano equivalente del Servicio Público de Salud correspondiente; **la última copia** quedará en manos del facultativo.

-**Certificado de Empresa**, informando de la situación del trabajador y de otros datos relacionados con la fecha del inicio del descanso por maternidad o paternidad.

-**Libro de Familia o Certificación de Inscripción del hijo/os en el Registro Civil.**

Cuando la trabajadora se encontrara en situación de incapacidad temporal iniciada antes del parto, el facultativo deberá extenderle, simultáneamente, un *parte de alta médica* por inicio de la situación de maternidad.

¿Dónde se tramitan?

La solicitud y documentación indicada puede presentarse en cualquiera de los **Centros de la Entidad gestora (INSS)**.

El **Director Provincial de la Entidad gestora (INSS)** de la provincia en que resida la interesada, dictará y **notificará la resolución en el plazo de 30 días**.

¿Cuándo se inicia y finaliza la prestación?

El período de descanso tendrá una duración de **16 semanas**, se ampliará en **2 semanas más por cada hijo a partir del segundo**, si se trata de parto múltiple; se disfrutará de forma ininterrumpida a opción de la interesada, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto; Las otras 10 o 12 semanas restantes se pueden distribuir por ambos progenitores con total flexibilidad, por ejemplo, pudiendo optar por un disfrute simultaneo o sucesivo. Dicho período puede disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial.

En los casos de adopción y acogimiento, cuando ambos progenitores trabajen, el período de suspensión se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva.

El derecho finaliza una vez transcurridas las semanas correspondientes.

DOCUMENTACIÓN Y FORMULARIOS RECOGIDOS EN EL ANEXO IV

- **Riesgo durante la Lactancia Natural**

La prestación económica trata de cubrir la pérdida de ingresos que se produce, cuando la trabajadora es declarada en situación de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural de un menor de 9 meses, en los supuestos en que, debiendo cambiar de puesto de trabajo o de actividad por otro compatible con su situación, dicho cambio no resulte técnica u objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

Dicha baja es tramitada normalmente a través de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades profesionales a las que la empresa esté asociada.

La cuantía de la prestación es del 100% de la base reguladora establecida para la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, no hace falta un periodo mínimo de cotización.

¿Qué es el riesgo durante la lactancia natural?

Es la situación en que se encuentra la trabajadora durante el período de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural de un menor de 9 meses, en los casos en que debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir éste negativamente en su salud o en la del hijo, a otro puesto compatible con su situación, dicho cambio no resulte posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

¿Qué trámites se deben realizar?

La trabajadora deberá **comunicar a la empresa dicha situación y solicitar Certificado médico** a la Entidad gestora (INSS) o Mutua de AT y EP, en función de la Entidad que cubra los riesgos profesionales, la actividad por riesgo o no durante la lactancia natural, **acompañando:**

-**Informe del médico del Servicio Público de Salud que la asiste**, en el que se acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.

-**Declaración de la empresa**, sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua emitirán certificado médico (Original+2 Copias) acreditando si las condiciones del puesto influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto(POSITIVO)y a partir de qué semana; **o no influyen(NEGATIVO)**. El original se entregará a la trabajadora, **una copia** para la empresa y la última quedará en manos del servicio facultativo.

La trabajadora presentará la solicitud de prestación, según modelo oficial, a la que acompañará, además de los documentos indicados:

-**Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible** con el estado de la trabajadora.

-**D.N.I., fotocopia de las 3 nóminas del mes anterior a la suspensión del contrato, contrato de trabajo, Impreso de IRPF(Mod. 145) ,el Certificado de Empresa y el Libro de familia.**

¿Dónde se tramitan?

La solicitud y documentación indicada puede presentarse en cualquiera de los Centros de la Entidad gestora o en la Mutua de AT y EP.

El Director Provincial de la Entidad gestora de la provincia en que resida la interesada, dictará y **notificará la resolución en el plazo de 30 días.**

¿Cuándo se inicia, finaliza y extingue la prestación?

El derecho nace desde el mismo día que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante la lactancia natural; se abonará durante el período necesario para la protección de la salud de la trabajadora y/o del hijo, **como máximo hasta** que éste cumpla los 9 meses, salvo que la beneficiaria se haya reincorporado con anterioridad a su puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su situación.

El derecho se extingue cumplir el hijo los 9 meses de edad; reincorporación de la mujer trabajadora a su puesto de trabajo o actividad profesional anterior o a otros compatibles con su situación; extinción del contrato de trabajo en virtud de las causas legalmente establecidas o cese en el ejercicio de la actividad profesional; Interrupción de la lactancia natural; fallecimiento de la beneficiaria o del hijo lactante.

No procede el reconocimiento de la prestación económica de riesgo durante la lactancia en tanto no se haya extinguido el período de descanso por maternidad.

DOCUMENTACIÓN Y FORMULARIOS RECOGIDOS EN EL ANEXO III: IBERMUTUAMUR

ANEXO I.

MODELO DE COMUNICACIÓN A LA EMPRESA MODELO INFORME MÉDICO S.P.S.

MODELO DE COMUNICACIÓN A LA EMPRESA DE SITUACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

Dpto.:
Empresa:
Dirección:

En a de de

Dña.
con DNI: trabajadora de la empresa
en su centro de trabajo de mediante la presente,

COMUNICO

Que en la actualidad me hallo en la situación de:

- ☐ Embarazo
☐ Periodo de Lactancia natural

Con el fin de poner en su conocimiento mi estado actual para que, según la normativa legal vigente, adopte las medidas preventivas oportunas en función de los riesgos que se indican en la evaluación de mi puesto de trabajo,

Sin otro particular, le saluda atentamente,

Firma trabajadora

Fecha y recibí de la Empresa

Informe médico

(A cumplimentar por médico de atención primaria
o ginecólogo del Servicio Público de Salud)

D./ Dña. _____ médico del Servicio Público de Salud de
_____, Colegiado núm. _____ especialista en
_____, que asiste habitualmente a Dña. _____ que
se encuentra en situación de
Embarazo ☐ Lactancia natural ☐

Certifica

1. En caso de embarazo (marque lo que proceda)

A) ☐ **SÍ** presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

(A modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar):

- Hipertensión en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Crecimiento intrauterino retardado severo.
- Amenaza de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Preeclampsia: edema gestacional severo.
- Preeclampsia: proteinuria severa.
- Preeclampsia: HTA severa.
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbalgia en fase aguda.
- Embarazo múltiple con riesgo.
- Otros.

B) ☐ **NO** presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo.

La edad gestacional es de _____ semanas.

La fecha prevista de parto es ____/____/____

2. En caso de lactancia natural

Que el hijo está recibiendo lactancia materna en el momento actual ☐

Que el hijo no recibe lactancia materna desde la fecha ____/____/____ ☐

Y para que conste, firmo en _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del médico

CP-REL-F6



ANEXO II.

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS

La siguiente lista de riesgos se clasifica en: Riesgos Físicos, Riesgos Biológicos, Riesgos Químicos, Riesgos Ergonómicos y Riesgos Psicosociales. Ésta se realiza en base a la Directiva 92/85/CEE así como su transposición en el RD 298/2009 ANEXOS VII Y VIII que conforman la lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo.

AGENTES FÍSICOS

RIESGOS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Choques, vibraciones o movimientos	El trabajo se organizar de modo que las mujeres embarazadas o que hayan dado a luz recientemente no realicen actividades que conlleven un riesgo derivado de vibraciones incómodas en todo el cuerpo, especialmente a bajas frecuencias, o de choques o sacudidas en la parte inferior del cuerpo. Ley 31/1995 LPRL, Ley 39/1999 y RD 1311/2005. ⚠ EL valor de exposición diaria normalizado para un periodo de referencia de 8 horas, A(8): - Vibraciones de mano-brazo → $\geq 5 \text{ m/s}^2$ = Reubicación - Vibraciones de cuerpo entero → $\geq 1,15 \text{ m/s}^2$ = Reubicación 📌 No hay mayor riesgo en trabajadoras en lactancia natural que en el resto de las trabajadoras.
Ruido	El empresario debe adoptar las medidas necesarias para que las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o que estén en periodo de lactancia no se hallen expuestas a niveles de ruido que rebasen los límites establecidos en el RD 286/2006. Es preciso tener en cuenta que la utilización por la madre de equipos de protección individual no representa para el feto una protección contra este peligro físico. ⚠ Valores durante un tiempo mínimo de exposición de 4 horas/día: - Exposición diaria → $\geq 80 \text{ dB(A)}$ = Reubicación - Nivel de Pico → $\geq 135 \text{ dB(C)}$ = Reubicación 📌 El uso de EPIS de tipo auditivo protege a la madre pero no el feto. 📌 Se puede considerar oportuna la solicitud del subsidio por riesgo en embarazo a partir de la semana 20 - 22 de gestación, siempre y cuando persistan niveles superiores a 80 dB, durante 4 horas o más de la jornada laboral, y no exista exposición a niveles picos mayores o iguales a 135 dB. 📌 El ruido no representa un riesgo para trabajadoras en lactancia natural.
Radiaciones ionizantes	Prohibición de exposición de embarazadas y lactantes. El empresario debe informar a las trabajadoras expuestas a radiaciones ionizantes sobre la necesidad de presentar rápidamente una declaración de embarazo. RD 783/2001, RD 413/1997, Convenio 115 OIT y RD 815/2001. ⚠ Dosis efectiva $\geq 1 \text{ mSv/año}$ = Reubicación
Radiaciones no ionizantes	Vinculada a los tratamientos por onda corta, la soldadura de plástico y la vulcanización de adhesivos. ⚠ Valoración técnica: Fuentes de campos estáticos (0Hz), de baja frecuencia ($\leq 3 \text{ kHz}$), de radiofrecuencia y microondas (3 kHz-3000 GHz), infrarrojas, invisible y ultravioletas (3000 GHz-3000 THz).

Frío o calor extremos	Las trabajadoras embarazadas no deben estar expuestas a calor ni frío excesivos y prolongados en el lugar de trabajo. Debe proporcionarse ropa de abrigo. ⚠ Trabajos de interior: Sedentarios <17°C o >27°C// HR 30%-70%=Reubicación Ligeros a <14°C o >25°C// HR 30%-70%=Reubicación ⚠ Se valorará en función de geografía, horario, periodo... ⚠ En todo caso, en trabajos con tª ≤0°C o ≥36°C se concederá la solicitud desde conocerse el estado de gravidez. ⚠ No se contempla como un riesgo durante la lactancia natural.
Fatiga mental, física y otras vinculadas a la actividad.	⚠ No realizar Trabajo Nocturnos, ni a turnos. Evitar jornadas prolongadas, pausas insuficientes. No realizar manipulaciones, movimientos y posturas que puedan conllevar riesgos de lesión; así como no realizar trabajos en altura. 95/1952 OIT, Directiva 92/85/CEE
Trabajo en atmósferas de sobrepresión	⚠⚠⚠⚠ A las trabajadoras embarazadas les queda prohibido trabajar en un entorno de aire comprimido ni practicar submarinismo. Ley 31/1995 LPRL

AGENTES BIOLÓGICOS

Éstos son microorganismos: virus, bacterias, hongos, parásitos... capaces de originar algún tipo de riesgo en el organismo. **Los grupos de riesgo son cuatro:**

- Los del grupo 1 son de escasa probabilidad de causar enfermedad.
- Los del grupo 2 pueden causar enfermedad y pueden suponer un peligro; poco probable que se propague a la colectividad; existen generalmente profilaxis y tratamientos eficaces.
- Los del grupo 3, existe riesgo que se propague a la colectividad pero existen generalmente profilaxis y tratamientos eficaces.
- Los del grupo 4, existen muchas posibilidades de que se propague a la colectividad y no existen generalmente profilaxis y tratamientos eficaces.

RIESGOS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Agentes biológicos de los grupos 2,3 y 4.	⚠ Si existe un riesgo elevado de exposición a un agente altamente infeccioso, la trabajadora embarazada o lactante debe evitar totalmente la exposición. Identificación de los trabajadores expuestos. El empresario debe realizar pruebas de inmunidad para las actividades de riesgo (varicela, rubeola, toxoplasmosis y parvovirus) y, en caso de que la interesada sea seronegativa, prever su traslado a otro puesto o un permiso temporal. RD 664/1997 y RD 865/2003.

AGENTES QUÍMICOS

Los agentes químicos pueden entrar en el organismo por diferentes vías: inhalación, ingestión, penetración o absorción cutánea. Pueden afectar a la salud de la mujer embarazada, dañar el desarrollo embrionario y fetal y/o dañar la salud de los hijos e hijas de trabajadoras expuestas debido a la exposición prenatal o durante la lactancia. Se incluye una relación no exhaustiva de algunos grupos de sustancias que pueden provocar daños en embarazadas, lactantes y en su descendencia.

Las medidas preventivas generales a adoptar serían: identificación de todas las sustancias presentes en los puestos de trabajo, ya sea como componentes de materias primas, productos acabados, residuos, emisiones o vertidos; identificación de los riesgos de las sustancias identificadas; eliminación de las sustancias más peligrosas; realización de evaluaciones técnicas de los riesgos no eliminados; Información y formación de trabajadores/as; vigilancia de la salud y el medio ambiente.

RD 363/1995, RD 374/2001, Reglamento (CE) 1907/2006

RIESGOS	¿QUÉ ES?	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Sustancias cancerígenas y mutágenas (etiquetadas con las frases R40, R45, R46, R49)	Una sustancia cancerígena o carcinógena es aquella que puede ocasionar cáncer o incrementar su incidencia. Mutágenas son las sustancias y preparados que puedan producir alteraciones genéticas hereditarias o aumentar su frecuencia. Están clasificadas con las siguientes frases de riesgo: R40: posible riesgo de efectos irreversibles. R45: puede causar cáncer. R46: puede causar alteraciones genéticas hereditarias. R49: puede causar cáncer por inhalación.	Los empresarios tienen la obligación de evitar la utilización de agentes cancerígenos o mutágenas, siempre que sea técnicamente posible, en particular mediante la sustitución por una sustancia, preparado o procedimiento que no sea peligroso o lo sea en menor medida. Esto es, siempre que haya una alternativa técnicamente viable, se deberá eliminar la sustancia, incluso si es más costosa que la original. RD 665/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. En caso de no poder eliminar la sustancia, se debe evitar la exposición de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente y lactantes.
Sustancias tóxicas para la reproducción (etiquetadas con las frases R60, R61, R62, R63, R64 y R33)	Pueden producir efectos negativos no hereditarios en la descendencia o aumentar la frecuencia de éstos, o afectar de forma negativa a la función o a la capacidad reproductora. Están clasificadas con las siguientes frases de riesgo: R60: puede perjudicar la fertilidad R61: puede causar daños al feto R63: posible riesgo de daño para el feto R64: puede perjudicar a niños alimentados con leche materna R33: Peligro de efectos acumulativos	Evitar la exposición de las mujeres embarazadas.

Disruptores endocrinos	Alteran el equilibrio hormonal, pudiendo provocar diferentes efectos en función del sistema hormonal al que afecten (estrogénico , tiroideo, etc.,) y del momento de la exposición (durante el desarrollo fetal, niñez, pubertad, etc.), y son diferentes según el sexo. Son de especial importancia los efectos en los hijos de personas expuestas: Pubertad precoz, cáncer vaginal, mayor incidencia de cánceres, no descenso testicular, reducción del número de espermatozoides, deformación de Órganos reproductores, problemas en el desarrollo del sistema nervioso central, hiperactividad o problemas de aprendizaje entre otros.	Los efectos se producen a dosis, en general, muy por debajo de los límites de exposición legalmente establecidos. Evitar la exposición de mujeres embarazadas y lactantes. La Estrategia comunitaria en materia de alteradores endocrinos-sustancias de las que se sospecha interfieren en los sistemas hormonales de seres humanos y animales\[(COM (1999) 706),(COM(2001262), (SEC (2004) 1372) y (SEC(2007) 1635)] incluye un listado. Algunos están señalados con la nota ae en el documento sobre Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España, publicado por el INSHT.
Mercurio y sus derivados	Los compuestos orgánicos de mercurio pueden frenar el crecimiento del feto, afectar a su sistema nervioso y provocar el envenenamiento de la madre. El mercurio orgánico pasa de la sangre a la leche materna.	Evitar la exposición de mujeres embarazadas y lactantes. Directiva 2000/39/CE, RD 374/2001
Medicamentos antimitóticos (citotóxicos)	Pueden alterar la información genética del espermatozoides y de los óvulos. Algunos pueden causar cáncer. La absorción se realiza por inhalación o a través de la piel. Las trabajadoras expuestas pueden incluir industrias fabricantes, personal de farmacia y enfermería o personal de limpieza y gestión de residuos (químicos y humanos).	Informar a las trabajadoras que deseen concebir un hijo, que estén embarazadas o en periodo de lactancia de los riesgos que presentan estos productos para la reproducción. Cambio de puesto de embarazadas y lactantes. RD 665/1997
Agentes químicos cuyo peligro de absorción cutánea es conocido. Incluyen algunos pesticidas y disolventes, entre otras sustancias.	Algunos agentes químicos pueden también penetrar por la piel intacta y ser absorbidos por el organismo con efectos nocivos para éste. La absorción por la piel puede ocurrir por salpicaduras sobre la piel o la ropa, o por la exposición a altas concentraciones de vapor en la atmósfera.	Es prioritario evitar la exposición. Deberían tomarse precauciones especiales para evitar el contacto con la piel. En el caso de los trabajadores agrícolas, la evaluación de riesgo debe tener en cuenta si existe un riesgo residual de contaminación, por ejemplo por pesticidas utilizados anteriormente. Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España, publicado por el INSHT.
Monóxido de carbono	Gas incoloro e inodora que se forma en los procesos de combustión. Los riesgos surgen cuando los motores o los aparatos funcionan en espacios cerrados. Atraviesa fácilmente la placenta y puede privar al feto de oxígeno. La intoxicación aguda está asociada con abortos, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, parto prematuro y problemas de desarrollo.	Debe evitarse una exposición permanente de las trabajadoras e incluso una exposición ocasional al CO podría ser perjudicial. Debe informarse a las trabajadoras embarazadas respecto de los peligros derivados de la exposición al monóxido de carbono cuando se fuma.

Plomo y sus derivados, en la medida en que estos agentes puedan ser absorbidos por el organismo humano	La exposición de las embarazadas se asocia con la incidencia de abortos y casos de muerte fetal. La exposición intrauterina como después del parto, trae consigo problemas de desarrollo, especialmente del sistema nervioso y de los órganos de formación de sangre. Las mujeres, los recién nacidos y los niños pequeños son más sensibles al plomo que los adultos de sexo masculino. El plomo pasa de la sangre a la leche.	Dado que la eliminación del plomo del organismo es un proceso muy lento, las mujeres en edad fértil deben ser informadas de ello. Se debe apartar a las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de las zonas con presencia de plomo (en particular plomo orgánico) Directiva 2000/39/CE, RD 374/2001
Procedimientos industriales	Los procedimientos industriales enumerados en el anexo 1 del RD 665/1997 pueden presentar un riesgo de cáncer.	El RD 665/1997 exige que se lleve a cabo una evaluación detallada de los riesgos. Debe evitarse la exposición. Si los riesgos no pueden evaluarse ni controlarse con la adopción de medidas de protección colectivas, deberán adoptarse las disposiciones adecuadas para informar y formar a los trabajadores.

AGENTES PSICOSOCIALES

RIESGOS	¿QUÉ ES?	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Horarios de trabajo inadecuados	Las jornadas de trabajo prolongadas, el trabajo por turnos y el horario nocturno pueden tener importantes consecuencias para la salud de las trabajadoras embarazadas, que han dado a luz recientemente o estén en periodo de lactancia. Algunas pueden verse imposibilitadas para trabajar en turnos irregulares o nocturnos o para hacer horas extraordinarias. La organización del tiempo de trabajo (incluidas las disposiciones en materia de pausas, su frecuencia y periodicidad) puede afectar a la salud de la trabajadora embarazada y a la del feto, así como a su recuperación tras el parto o a su capacidad para la lactancia, y pueden aumentar los riesgos de estrés y de enfermedades relacionadas con el estrés.	Adaptación temporal de los horarios y otras condiciones de trabajo, incluida la periodicidad y la frecuencia de las pausas de descanso, así como la organización por turnos y la duración de los mismos. No realización de trabajo nocturno.
Trabajo aislado	Las trabajadoras embarazadas están más expuestas al riesgo si se caen o si necesitan atención médica urgente.	Revisar los procedimientos de comunicación, supervisión y de emergencia para que tengan en cuenta (llegado el caso) las necesidades de las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente.

Vulnerabilidad ante situaciones de estrés	Las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente pueden verse particularmente afectadas por el estrés profesional, como consecuencia de los cambios hormonales, fisiológicos y psicológicos inducidos por su estado. Estos cambios pueden afectar más a las personas más vulnerables al estrés, la ansiedad o la depresión. Algunos estudios establecen una relación entre el estrés y una mayor incidencia de abortos y la reducción de la capacidad de lactancia.	Los empresarios tendrán en cuenta los factores de estrés conocidos (como la organización del trabajo por turnos, la inseguridad en el empleo, las cargas de trabajo, etc.), así como los factores médicos y psicosociales particulares que afectan a cada mujer. Las medidas de protección pueden incluir la adaptación de las condiciones o de los horarios de trabajo, así como medidas encaminadas a asegurar la comprensión, el apoyo y el reconocimiento necesarios cuando la mujer se reincorpora al trabajo, respetando asimismo su vida privada.
--	---	---

AGENTES ERGONÓMICOS

RIESGOS	¿QUÉ ES?	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Actividades realizadas de pie	Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo favorecen una congestión periférica cuando la embarazada permanece de pie. La trabajadora embarazada puede sufrir vértigos o desmayos así como partos prematuros si está de pie o andando durante largos periodos de tiempo.	Embarazadas y lactantes deben poder descansar tumbadas en condiciones adecuadas. Asegurar la disponibilidad de asientos en caso de necesidad. No es aconsejable permanecer constantemente de pie o en posición sentada y se deben alternar ambas posturas. Si esto no es posible, deberían proponerse pausas. RD 486/97 sobre disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo.
Actividades realizadas en posición sentada	Se intensifican los dolores musculares en la región lumbar y la espina dorsal, con riesgo relativamente elevado de trombosis y embolia.	Embarazadas y lactantes deben poder descansar tumbadas en condiciones adecuadas. Asegurar la disponibilidad de asientos en caso de necesidad. No es aconsejable permanecer constantemente de pie o en posición sentada y se deben alternar ambas posturas. Si esto no es posible, deberían proponerse pausas. RD 486/97 sobre disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo.
Posturas forzadas asociadas a la actividad profesional de las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente	El cansancio provocado por el trabajo realizado de pie o por otras actividades físicas se ha asociado desde hace tiempo con el aborto, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. El trabajo en espacios reducidos o en puestos que no se adaptan suficientemente al aumento de volumen, en especial durante las últimas fases del embarazo, puede resultar peligroso y dar lugar a tensiones o esguinces. La destreza, la agilidad, la coordinación, la rapidez de movimientos, la capacidad para alcanzar objetos y el	Vigilar que el tiempo de trabajo y el volumen y ritmo de trabajo no sean excesivos. Asegurar la disponibilidad de asientos en caso de necesidad. Hacer pausas más largas o más frecuentes durante el tiempo de trabajo. Adaptación de los puestos o de los procedimientos de trabajo puede contribuir a eliminar problemas de postura y el riesgo de accidentes.

	equilibrio también pueden disminuir y es necesario prever un aumento del riesgo de accidentes.	
Manipulación manual de cargas	Riesgo de lesión fetal y parto prematuro. El riesgo aumenta a medida que el embarazo evoluciona. Puede también haber riesgos para las trabajadoras que han dado a luz recientemente. Las madres en periodo de lactancia pueden experimentar cierto malestar debido al aumento del tamaño y sensibilidad de los senos.	Evitar la necesidad de manipulaciones manuales que entrañen riesgos; Evaluar los riesgos que conllevan las actividades que no pueden evitarse; y Adoptar medidas a fin de reducir al mínimo esos riesgos RD 487/1997
Movimientos y posturas	Los riesgos resultan de varios factores, juntos o aislados :la naturaleza, duración y frecuencia de las tareas /movimientos; el ritmo, la intensidad y la variedad del trabajo; la organización del tiempo de trabajo y pausas para el descanso; los factores ergonómicos y el ambiente de trabajo en general; o la conveniencia y adaptabilidad de cualquier equipo de trabajo utilizado. Los cambios hormonales en las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente pueden afectar a los ligamentos, aumentando la predisposición a las lesiones. Las tareas que conllevan movimientos incómodos o largos periodos de pie o sentada sin cambiar de postura contribuyen al desarrollo de varices y de hemorroides, así como al dolor de espalda. Los problemas de movimientos y posturas pueden surgir en diversas fases del embarazo y tras la reincorporación al puesto de trabajo(en especial después de un parto con complicaciones médicas), en función de cada trabajadora y de las actividades y condiciones de trabajo.	El empresario debe adoptar las medidas necesarias para evitar que las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o que estén en periodo de lactancia se vean expuestas a: -una manipulación manual que conlleve riesgos de lesión; -movimientos y posturas incómodos, especialmente en espacios reducidos; -trabajo en altura. Si fuera necesario, introducción o adaptación del equipo de trabajo y de los dispositivos de elevación, modificación del sistema de almacenado o remodelación de los puestos de trabajo o de las actividades. Evitar la manipulación de cargas durante largos periodos, o permanecer de pie o sentada sin hacer periódicamente ejercicio o movimiento para mantener una buena circulación.

CUADRO RESUMEN RIESGOS ERGONÓMICO: DOCUMENTO DE CONSENSO ENTRE EL INSS, SEGO Y AMAT		SEMANA*	E. MÚLTIPLE
1) SECRETARIA O ADMINISTRATIVA.		37	34
2) PROFESIONAL LIBERAL.		37	34
3) SEDESTACIÓN.		37	34
4) BIPEDESTACIÓN.	De forma prolongada (Más de 4 horas al día).	22	20
	De forma intermitente. Más de 30 minutos / hora.	30	28
	De forma intermitente. Menos de 30 minutos / hora.	37	34
5) PARÁNDOSE CON INCLINACIONES POR DEBAJO DE LA RODILLA.	Más de 10 veces / hora	18	16
	2 a 9 veces a la hora.	26	24
	Menos de 2 veces a la hora.	37	34
6) TREPANDO. ESCALAS Y POSTES VERTICALES	Repetidamente (4 o más veces por turno de 8 horas).	18	16
	Intermitente (menos de 4 veces en turno de 8 horas).	26	24
7) TREPANDO. ESCALERAS CONVENCIONALES	Repetidamente (4 o más veces por turno de 8 horas).	26	24
	Intermitente (menos de 4 veces en turno de 8 horas).	37	34
8) CARGANDO PESOS. Repetidamente (4 o más veces por turno de 8 horas).	Más de 10 Kg.	18	16
	5 a 10 Kg.	20	18
	Menos de 5 Kg.	26	24
8) CARGANDO PESOS. Intermitente (menos de 4 veces en turno de 8 horas).	Más de 10 Kg.	20	18
	5 a 10 Kg.	26	24
	Menos de 5 Kg.	37	34

* Semana de gestación en que se recomienda interrumpir la actividad laboral.

ANEXO III.

DOCUMENTACIÓN: RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL

1. SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA



Solicitud certificación médica
sobre riesgo embarazo o
lactancia natural



IMPORTANTE: El certificado médico que solicita, justificará en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Sólo si dicho cambio no se produce por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

1. Datos personales

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
Domicilio: Calle o Plaza, nº		Localidad	Provincia
			C.P.

2. Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	Número Código Cuenta Cotización (CCC)
-----------------------	---------------------------------------

Solicitó el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con mi estado por:

☐ Riesgo durante el embarazo, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la del feto.

☐ Riesgo durante la lactancia natural, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo.

Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado

3. Procesos de IT en los seis meses anteriores:

☐ SI ☐ No

Baja	Aita	Relacionada con embarazo
		☐ SI ☐ No
		☐ SI ☐ No

En a de de 20.....

Firma solicitante

Con esta solicitud debe presentar

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural (modelo CP-REL-F6 informe médico)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo si lo tuviere.
- Informe de riesgos emitido por la empresa (modelo CP-REL-F2 DESCRIPCIÓN RIESGOS) (Este modelo es complementario a la evaluación de riesgos del servicio de prevención o, en su caso, sustituto de éste cuando la empresa carezca de servicio de prevención).

Ibermutuamur, domiciliada en 28043 Madrid, c/ Ramírez de Arellano Nº 27, le informa que los datos suministrados en el presente documento serán tratados en un fichero responsabilidad de IBERMUTUAMUR con la finalidad de tramitar y hacer efectivas a su favor las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural, prestaciones económicas integradas en el Sistema de Seguridad Social y que debe gestionar en virtud de lo establecido en la disposición adicional decimosexta de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 marzo para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres (BOE del 23 de marzo), por la que se modifica la Ley General de la Seguridad Social, para cuya gestión son necesarios los datos e informes que usted aporta en este documento.

Iguualmente IBERMUTUAMUR le informa que de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (BOE del 14 de diciembre de 1999), usted podrá ejercitar, si lo desea, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a IBERMUTUAMUR, a la dirección arriba señalada.



CP-REL-F1

1/2

D^a ha presentado en esta Mutua solicitud de certificación
médica de riesgo durante el embarazo-lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- ☐ Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud
- ☐ Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- ☐ Modelo Corporación descripción puesto de trabajo
- ☐ Modelo corporación datos salariales
- ☐ Modelo corporación declaración empresarial
- ☐ Modelo corporación situación actividad
- ☐ Informe médico complementario
- ☐
- ☐

En, a de de 20.....

Por la Mutua,

CP-REL-F1

2/2

2. INFORME MÉDICO



Informe médico

(A cumplimentar por médico de atención primaria o ginecólogo del Servicio Público de Salud)



D./Dña. _____ médico del Servicio Público de Salud de _____, Colegiado núm. _____ especialista en _____ que asiste habitualmente a D.ª _____ que se encuentra en situación de Embarazo ☐ Lactancia natural ☐

Certifica

1. En caso de embarazo (marque lo que proceda)

A) ☐ **SÍ** presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

(A modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar):

- Hiperemesis en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Crecimiento Intrauterino retardado severo.
- Amenaza de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Preeclampsia: edema gestacional severo.
- Preeclampsia: proteinuria severa.
- Preeclampsia: HTA severa.
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbalgia en fase aguda.
- Embarazo múltiple con riesgo.
- Otros.

B) ☐ **NO** presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo.

La edad gestacional es de _____ semanas.

La fecha prevista de parto es ____/____/____

2. En caso de lactancia natural

Que el hijo está recibiendo lactancia materna en el momento actual ☐

Que el hijo no recibe lactancia materna desde la fecha ____/____/____ ☐

Y para que conste, firmo en _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del médico

CP-REL-F6



3. DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE ACTIVIDAD



Declaración empresarial sobre descripción y exposición a riesgos durante el embarazo o lactancia natural



1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NFI/NIE/TIE
-----------------	------------------	--------	-------------

2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Nº código cuenta cotización (CCC)
-----------------------	-----------------------------------

3. Puesto de trabajo de la solicitante

Puesto de trabajo	Profesión	Categoría
-------------------	-----------	-----------

4. Riesgos laborales

1. Riesgos por agentes físicos

- a. Radiaciones
Radiaciones ionizantes: ☐
Dosis efectiva:
Radiaciones no ionizantes: SI ☐ No ☐
- b. Vibraciones
Exposición diaria de cuerpo entero: m/s²
- c. Temperaturas extremas (frío o calor)
Trabajos sedentarios: °C Tiempo de exposición: (horas/día)
Trabajos no sedentarios: °C Tiempo de exposición: (horas/día)
- d. Ruido
Intensidad: dB(A)
Tiempo de exposición: (horas/día)
Nivel pico máximo de exposición: dB(C)
- e. Atmosferas de sobrepresión elevada e ingravidez
SI ☐ No ☐

2. Riesgos por agentes químicos

Enumerar sustancia/s tóxicas:
Tipo de exposición: Inhalatoria ☐ Dérmica ☐ Digestiva ☐

3. Riesgos por agentes biológicos

Enumerar agente/s biológicos:
Grupo 1: ☐ Grupo 2: ☐ Grupo 3: ☐ Grupo 4: ☐

4. Riesgos por condiciones de trabajo

- Trabajadores en minas subterráneas: SI ☐ No ☐
Carga física y riesgo postural
- Manejo repetitivo de pesos, arrastre y empuje ☐
Cargas Kg Veces/día
 - Subir/bajar escaleras repetitivo ☐
Veces/turno
 - Subir escaleras de mano ☐
 - Flexionar tronco y trabajo en cuclillas ☐
Porcentaje % de la jornada
 - Bipedestación mantenida ☐
Horas/jornada
 - Bipedestación intermitente ☐
Minutos/hora

CP-REL-F2



5. Riesgo por:

- ☐ Nocturnidad
☐ Turnicidad. Cumplimentar horario de turnos:

Horario		Días de la semana	Duración / Frecuencia
De	a		
De	a		
De	a		
De	a		
De	a		

6. Relación de puestos de trabajo en la empresa y nº de trabajadores en cada uno

Puesto	Nº de trabajadores
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

7. Otros riesgos no especificados en apartados anteriores

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello de la empresa

CP-REL-F2

2/2

4. SOLICITUD DE PRESTACIÓN



Solicitud prestaciones por riesgo durante el embarazo o lactancia natural



1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/TIE
Domicilio: Calle o Plaza, nº			TIPO DE IRPF VOLUNTARIO (superior al obligatorio según normativa fiscal)
Teléfono	Localidad	Provincia	C.P.

2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Nº código cuenta cotización (CCC)
-----------------------	-----------------------------------

3. Motivo de la solicitud

Riesgo durante el embarazo..... ☐	Fecha suspensión contrato o cese actividad ____/____/____
Riesgo durante la lactancia natural..... ☐	Fecha suspensión contrato o cese actividad ____/____/____

4. Datos bancarios

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud de pago directo que suscribo para que se me reconozca la prestación por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a la Mutua cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma de la solicitante

IBERMUTUAMUR, domiciliada en 28043 Madrid, c/ Ramírez de Arellano Nº 27, le informa que los datos suministrados en el presente documento serán tratados en un fichero responsabilidad de IBERMUTUAMUR con la finalidad de tramitar y hacer efectivas a su favor las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural, prestaciones económicas integradas en el Sistema de Seguridad Social y que debe gestionar en virtud de lo establecido en la disposición adicional duodécima de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 marzo para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres (BOE del 23 de marzo), por la que se modifica la Ley General de la Seguridad Social, para cuya gestión son necesarios los datos e informes que usted aporta en este documento. Igualmente IBERMUTUAMUR le informa que de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (BOE del 14 de diciembre de 1999), usted podrá ejercitar, si lo desea, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a IBERMUTUAMUR, a la dirección arriba señalada.



Mod. CP-REL-F3

1/2

Con esta solicitud se debe presentar la siguiente documentación

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado (Modelo CP-REL-F3)
- Impreso a efectos IRPF (modelo 145 de la Agencia Tributaria), excepto para residentes en País Vasco y Navarra.
- Libro de familia con inscripción del hijo, en supuestos de prestación por riesgo durante la lactancia natural.
- **Certificado de empresa (Modelo 144)**
- Impreso del certificado de empresa para la solicitud de prestaciones por riesgo embarazo o lactancia natural CP-REL-F4.
- Las tres últimas nóminas anteriores a la fecha de suspensión del contrato.
- Trabajadora por cuenta propia
 - **Justificante pago de las cuentas tres últimos meses**
 - Declaración situación de actividad (Modelo 280)
- Artistas y profesionales taurinos
 - Declaración de actividades a la Seguridad Social (Modelo TC 4/6)
- Representantes de comercio
 - **Justificante pago cuentas tres últimos meses**

Dª ha presentado en esta Mutua solicitud de prestaciones por riesgo de embarazo-lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- ☐ Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud
- ☐ Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- ☐ Modelo Corporación descripción puesto de trabajo
- ☐ Modelo corporación datos salariales
- ☐ Modelo corporación declaración empresarial
- ☐ Modelo CP-REL-F4
- ☐ Modelo corporación situación actividad
- ☐ Informe médico complementario
- ☐ Modelo 145 Agencia Tributaria
- ☐ Libro familia
- ☐ **Certificado de empresa**
- ☐ DNI
- ☐

En, a de de 20.....

Por la Mutua,

Mod. CP-REL-F3

2/2

5. DECLARACIÓN EMPRESA SOBRE INEXISTENCIA DE PUESTO COMPATIBLE



Certificado de empresa para la solicitud de prestaciones por riesgo embarazo o lactancia natural



D./Dña. _____, con DNI/NIE/TIE nº _____
y cargo de _____ en la empresa _____ con
C.C.C. _____ y domicilio _____

Declara: tras haber tenido conocimiento de la situación de embarazo ☐ lactancia natural ☐ de:
D./Dña. _____, con NIF/NIE nº _____
trabajadora de esta empresa.

1.- Que habiendo intentado la adopción de las medidas necesarias para evitar la exposición de dicha trabajadora al riesgo, conforme a lo dispuesto en el art. 26 de la ley de Prevención de Riesgos laborales, según redacción dada por la Ley 3/2007 de 22 de marzo, estas no han sido posibles o son insuficientes por los siguientes motivos:

2.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que si ☐ no ☐ figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta a los representantes de los trabajadores (art. 26 de la LPRL).

3.-En consecuencia y dado que no resulta técnica y objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha ____/____/____

En _____, a _____ de _____ de 20____

VºBºrepresentante del Servicio de Prevención,

Fdo.: _____

DNI: _____

Firma y sello de la empresa,



6. CERTIFICADO EMPRESA



Certificado de Empresa



D./Dña. _____ en su calidad de _____

CERTIFICA, a efectos de la solitud de la prestación por IT / Riesgo que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan,

1. Datos empresa

Nombre o razón social		CCC	
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte		
Domicilio (calle/plaza/...)		Código Postal		Localidad		Provincia		
Nº de Seguridad Social	Grupo cotización	Contrato tiempo parcial	Tipo de contrato		Fecha alta empresa	Fecha baja empresa		
		SI ☐ No ☐						
Fecha baja médica	Fecha hasta la que se ha abonado la IT		Causa baja médica		Enfermedad común ☐ Accidente No Laboral ☐			
						Enfermedad Profesional ☐ Accidente Laboral ☐		
Fecha extinción/suspensión	Causa extinción/suspensión del pago directo		Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas					
Contrato			Desde _____ hasta _____ Base: _____					

3. Bases de cotización a certificar según el supuesto de pago directo

3.1. Si no se ha extinguido la relación laboral o la baja médica es por accidente de trabajo/ enfermedad profesional o solicita la prestación de Riesgo

Certificado de cotización del mes anterior a la baja médica	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Base contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

Trabajador/a con Jornada a tiempo parcial: certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la baja médica	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

3.2. Si el pago directo es por extinción de la relación laboral y la baja médica derivada de enfermedad común o accidente no laboral

Certificado de cotización de los 180 últimos días cotizados	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes

3.3. Régimen Especial Agrario

Filjo ☐ Eventual ☐	¿Estaba trabajando el día de la baja? SI ☐ No ☐	Cotización Jornadas reales mes anterior baja	Salario real
--	---	--	--------------

A los efectos de que se inicie el pago directo de esta prestación desde el día _____

Esta solitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero de base de datos para el cálculo y control de la prestación económica que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. En cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al fichero (art. 5 de la ley 15/1999 de 13 diciembre de Protección de datos de carácter personal, BOE del día 14).

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Registro Entrada

Firma y sello de la empresa



Mod 144

7. MODELO 145

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Retenciones sobre rendimientos del trabajo Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

1.- Datos del perceptor que efectúa la comunicación

Espacio reservado para la etiqueta identificativa.
Si no dispone de etiquetas, cumplimente los datos identificativos que figuran a la derecha de este recuadro: NIF, primer apellido, segundo apellido y nombre.

Importante: los perceptores que accedan a su primer puesto de trabajo deberán adherir obligatoriamente la etiqueta identificativa.
En tal caso, si no dispone de etiquetas, póngase en contacto con su Delegación o Administración de la Agencia Tributaria, donde le serán facilitadas.

NIF
Primer apellido
2º apellido
Nombre
Año de nacimiento (consígnese en todo caso)

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente, con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con Vd. sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento **1**
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas **2**
- NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) **3**
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ... etc.) **3**

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Prolongación de la actividad laboral: Si, una vez cumplidos los 65 años de edad, continúa o prolonga Vd. la actividad laboral, marque con una "X" esta casilla

2.- Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Cómputo por entero de hijos o descendientes
En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3.- Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Convivencia con otros descendientes
Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (si los ascendientes sólo conviven con Vd. no rellene esta casilla).

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

4.- Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Importante: para que los importes consignados en este apartado puedan ser tenidos en cuenta a efectos de determinar el tipo de retención, deberá acompañar a esta comunicación testimonio literal, total o parcial, de la resolución judicial determinante de las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos de que se trate.

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual

5.- Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena

Si Vd. ha adquirido o rehabilitado su vivienda habitual con anterioridad a 01/01/2011, está efectuando pagos por préstamos destinados a la financiación de una u otra por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF (disposición transitoria decimotercera Ley del Impuesto) y sus rendimientos íntegros del trabajo procedentes de todos sus pagadores son inferiores a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

Si Vd. ha adquirido o rehabilitado su vivienda habitual a partir del 01/01/2011, está efectuando pagos por préstamos destinados a la financiación de una u otra por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF (art. 68.1 Ley del Impuesto) y sus rendimientos íntegros del trabajo procedentes de todos sus pagadores son inferiores a 22.000,00 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

(Ambas casillas son incompatibles)

6.- Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En a de de

Firma del perceptor:

7.- Acuse de recibo

El Instituto Nacional de la Seguridad Social acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En a de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria)

ANEXO IV.

DOCUMENTACIÓN: MATERNIDAD-PATERNIDAD

1. SOLICITUD MATERNIDAD-PATERNIDAD



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

MATERNIDAD - PATERNIDAD Por nacimiento, adopción o acogimiento

ATENCIÓN:

Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS A CUMPLIMENTAR PARA AMBAS PRESTACIONES

1. DATOS PERSONALES DE UN PROGENITOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐	Número de la Seguridad Social	DNI - NIE - pasaporte	Teléfono fijo Teléfono móvil	
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque Escalera Piso Puerta
Código postal	Localidad		Provincia	Nacionalidad	

2. DATOS PERSONALES DEL OTRO PROGENITOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐	Número de la Seguridad Social	DNI - NIE - pasaporte	Teléfono fijo Teléfono móvil	
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque Escalera Piso Puerta
Código postal	Localidad		Provincia	Nacionalidad	

3. MOTIVO DE LA SOLICITUD

☐ MATERNIDAD POR NACIMIENTO		Fecha de inicio del descanso	Fecha probable del parto	Fecha del parto
Número de hijos nacidos		Discapacidad del hijo ☐ SÍ ☐ NO ☐	Número de hijos discapacitados	
¿Va a compartir el descanso por maternidad? ☐ SÍ ☐ NO ☐				
☐ MATERNIDAD POR		☐ ADOPCIÓN ☐ ACOGIMIENTO ☐ TUTELA	Compartida ☐ SÍ ☐ NO ☐	Número de menores adoptados/acogidos/tutelados
Discapacidad del menor ☐ SÍ ☐ NO ☐		Número de menores discapacitados	Fechas de nacimiento de los menores	
☐ NACIONAL		Fecha de la resolución judicial	Fecha de la resolución administrativa o judicial	
☐ INTERNACIONAL		Con desplazamiento previo: Fecha del desplazamiento	Fecha probable de la adopción/acogimiento	
		Sin desplazamiento previo: Fecha de la resolución judicial	Fecha de la resolución administrativa o judicial	
☐ PATERNIDAD POR NACIMIENTO		Fecha de inicio del descanso ⁽¹⁾	Fecha del parto	
Número de hijos nacidos		Discapacidad del hijo ☐ SÍ ☐ NO ☐		
☐ PATERNIDAD POR		☐ ADOPCIÓN ☐ ACOGIMIENTO ☐ TUTELA	Fecha de inicio del descanso ⁽¹⁾	
Fecha de la resolución judicial		Fecha de la resolución administrativa o judicial	Número de menores adoptados/acogidos/tutelados	
Discapacidad del menor ☐ SÍ ☐ NO ☐		Fechas de nacimiento de los menores		

(1) La fecha de inicio del descanso siempre será posterior a los días de permiso retribuidos a los que tenga derecho el/la trabajador/a por nacimiento de hijo, adopción o acogimiento, excepto para los empleados públicos a los que le sea de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público, que será a partir de la fecha del parto, adopción o acogimiento.



Protección de la Maternidad

Apellidos y nombre de un progenitor:	DNI - NIE - pasaporte
Apellidos y nombre del otro progenitor:	DNI - NIE - pasaporte

3

7. ALEGACIONES

8. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN DE UN PROGENITOR

☐ EN VENTANILLA ☐ EN CUENTA/LIBRETA	código IBAN									
	CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA						
				D. CONTROL	CCC					

9. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN DEL OTRO PROGENITOR

☐ EN VENTANILLA ☐ EN CUENTA/LIBRETA	código IBAN									
	CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA						
				D. CONTROL	CCC					

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de maternidad-paternidad manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los servicios públicos de salud, así como para que mis datos de identificación personal, de residencia, los que figuren en el Registro Civil y en la Agencia Estatal de Administración Tributaria o Haciendas Forales, puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a de de 20

Firma de los progenitores

Firmado:

Firmado:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Apellidos y nombre de un progenitor:	DNI - NIE - pasaporte
Apellidos y nombre del otro progenitor:	DNI - NIE - pasaporte

**OPCIÓN DEL DESCANSO DE MATERNIDAD, POR NACIMIENTO,
A FAVOR DEL OTRO PROGENITOR(*)**

Fecha de la opción		Fecha de inicio del descanso del otro progenitor	
Fecha de finalización del descanso del otro progenitor			
DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - pasaporte
ACEPTO la opción ejercitada a mi favor,			
Firmado			
Fecha de inicio del descanso para la madre			
Fecha de finalización del descanso para la madre			
Firmado,			

(*) El descanso por maternidad, en el supuesto de opción entre los progenitores, debe ser simultáneo o sucesivo teniendo presente que la interrupción en dicho descanso, ocasiona la extinción de la prestación.

La opción se debe efectuar bien antes del inicio del descanso de la madre o bien en el momento de solicitar la prestación.

**OPCIÓN DEL DESCANSO DE MATERNIDAD, POR ADOPCIÓN O
ACOGIMIENTO, A FAVOR DEL OTRO PROGENITOR**

DATOS IDENTIFICATIVOS DE UN PROGENITOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - pasaporte
Fecha de inicio del descanso			
Fecha de finalización del descanso			
☐ OPTO por compartir el descanso ☐ RENUNCIO a compartir el descanso			
Firmado,			
DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - pasaporte
Fecha de inicio del descanso			
Fecha de finalización del descanso			
☐ OPTO por compartir el descanso ☐ RENUNCIO a compartir el descanso			
Firmado,			

Servicio de Producción Gráfica/2009 8-013



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

5

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre de un progenitor:	DNI - NIE - pasaporte
Apellidos y nombre del otro progenitor:	DNI - NIE - pasaporte
Clave de identificación de su expediente:	Registro del INSS
Funcionario de contacto:	

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE ☐ MATERNIDAD
☐ PATERNIDAD

Por nacimiento, adopción o acogimiento

DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LES REQUIEREN ⁽¹⁾ EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:	
1 ☐ DNI, pasaporte o equivalente, NIE	Recibí los documentos requeridos a excepción de los números Firma Cargo y nombre del funcionario Fecha Lugar

DILIGENCIA DE COMPULSA:

A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

.....

.....

.....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.

Firma

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

(1) Deberá presentarlos en el plazo de diez días contados desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

PRESTACIÓN

MATERNIDAD - PATERNIDAD. Por nacimiento, adopción o acogimiento

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

(Utilizando este formulario pueden solicitar, ambos progenitores, todas las prestaciones derivadas de un mismo nacimiento, adopción, acogimiento o tutela)

1. **DATOS PERSONALES DE UN PROGENITOR.-** Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente de uno de los progenitores solicitantes.
2. **DATOS PERSONALES DEL OTRO PROGENITOR.-** En este apartado se consignarán los datos de identificación personal y de residencia permanente del otro progenitor solicitante.
3. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.-** Debe señalar la prestación o prestaciones que solicita. Para ello, cruce con un aspa la casilla correspondiente y consigne las fechas y datos de que disponga.
4. **DATOS COMUNES PARA EL TRÁMITE DE AMBAS PRESTACIONES.-** (De los datos consignados en este apartado depende la duración de las prestaciones solicitadas, por lo que es importante facilitar la mayor información posible).
 - 4.1 SI SOLAMENTE SOLICITA LA PATERNIDAD y ha compartido el descanso de maternidad con el otro progenitor, indique los periodos que han correspondido a cada uno. Estos datos son importantes para determinar el período durante el que puede ejercer su derecho a disfrutar del descanso por paternidad.
 - 4.2 SI ES TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA, indique si va a disfrutar del descanso a tiempo parcial.
 - 4.3 SI ES EMPLEADO PÚBLICO, indique si le es de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público.
 - 4.4 Cumplimente asimismo los DATOS REFERENTES A LA UNIDAD FAMILIAR porque de esa información va a depender la duración de los periodos de descanso por maternidad y/o paternidad.
- 5 y 6. **OTROS DATOS de ambos progenitores.**
- 5.1 y 6.1 **DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador, que debe presentar con esta solicitud. Además, puede solicitar tipo de retención voluntario por IRPF.
- 5.2 y 6.2 La elección de **LENGUA COOFICIAL** sólo surtirá efectos en las comunidades autónomas que la tengan reconocida.
- 5.3 y 6.3 **EL DOMICILIO DE COMUNICACIONES** a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 5.4 y 6.4 La **INFORMACIÓN TELEMÁTICA** sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.
7. **ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
8. y 9. **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.

Si lo conoce, debe indicar el IBAN que es el equivalente a su número internacional de cuenta bancaria. Puede encontrarlo en los recibos y comunicaciones que le envía su banco o caja de ahorros.

Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del "código cuenta cliente", para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

Hoja nº 4 "OPCIÓN DEL DESCANSO COMPARTIDO POR MATERNIDAD", cumplimentar:

- En caso de nacimiento, sólo, si la madre opta por ceder parte del descanso al otro progenitor.
- En caso de adopción o acogimiento, cuando ambos progenitores reúnan los requisitos para disfrutar del descanso, deben cumplimentarlo porque es un derecho de ambos.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE AMBAS PRESTACIONES

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

EN TODOS LOS CASOS

- 1.- Acreditación de identidad de los interesados mediante la siguiente documentación en vigor:
 - Españoles: Documento nacional de identidad (DNI).
 - Extranjeros: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- 2.- Certificado de empresa informando de la situación del trabajador y de otros datos relacionados con la fecha del inicio del descanso por maternidad o paternidad.
- 3.- Documentación relativa a la cotización:
 - Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - Trabajadores por cuenta propia, Representantes de Comercio, Régimen Especial Agrario y Empleados de Hogar: Justificantes del pago de cuotas de los 2 últimos meses
- 4.- Declaración de situación de actividad, sólo para los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (a excepción de los incluidos en el Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios y de los trabajadores económicamente dependientes).

EN CASO DE MATERNIDAD por nacimiento

- 5.- "Certificado del descanso por maternidad" o "Informe de maternidad" expedido por el correspondiente Servicio Público de Salud.

- 6.- Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil. Cuando el descanso se haya iniciado con anterioridad al parto, tales documentos deberán presentarse una vez practicada la inscripción registral del hijo.
- 7.- Si la madre ejercita el derecho de **opción a favor del otro progenitor**, cumplimentar la hoja nº 4 de la solicitud.
Si se dan los siguientes supuestos debe aportar:
 - Si la madre no pertenece al sistema de la Seguridad Social: Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo, indicando si le es de aplicación la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, así como la situación administrativa en la que se encuentra y el período de licencia por maternidad.
 - Cuando la madre biológica ejerza una actividad profesional que no dé lugar al alta en el sistema de la Seguridad Social: Justificante o certificado que acredite la inexistencia de derecho a prestaciones en su sistema de previsión privado o, en su caso, justificación de que no procede la inclusión de la interesada en una mutualidad de previsión alternativa.
- 8.- En caso de fallecimiento de la madre: Certificado de defunción de ésta.

EN CASO DE MATERNIDAD por adopción, acogimiento o tutela:

- 9.- La resolución judicial por la que se constituye la adopción o tutela, o bien la resolución administrativa o judicial por la que se concede el acogimiento familiar, tanto preadoptivo como permanente o simple, siempre que, en este último caso, su duración no sea inferior a un año, y aunque dichos acogimientos sean provisionales. En el caso del acogimiento simple se estimará válida la comunicación del órgano de las Comunidades Autónomas que lo regulen.
- 10.- Cuando se trate de adopción, acogimiento o tutela de menores, mayores de seis años, discapacitados: Certificación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales u órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva, de que el adoptado o acogido presenta un grado de minusvalía igual o superior al 33 %, o de la Entidad pública competente en materia de protección de menores, de que aquél, por sus circunstancias personales o por provenir del extranjero, tiene especiales dificultades de inserción social o familiar.
- 11.- En su caso, libro de familia o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil.
- 12.- En el caso de que ambos progenitores tengan derecho al descanso, deberán cumplimentar la hoja nº 4 de esta solicitud indicando la fecha del disfrute del descanso o la renuncia al mismo en favor del otro progenitor.

En caso de adopción internacional

- 13.- Cuando sea necesario el desplazamiento previo de los progenitores al país de origen del adoptado, se aportará la documentación emitida por el órgano competente de la Comunidad Autónoma, en la que se justifique el inicio de los trámites para la adopción o el acogimiento.
- 14.- Adopción constituida en un estado extranjero e inscrita en la oficina consular española: Justificante de la inscripción registral o el documento en que se acredite la constitución de la adopción y su registro.
- 15.- Adopción, y tutela con la finalidad de adopción, constituida en un estado extranjero no inscrita en España:
 - Resolución administrativa o judicial que acredite la constitución de la adopción o la tutela.
 - Visado a favor del menor expedido por la oficina consular española.
 - Certificado, resolución o declaración de idoneidad del adoptante, expedido por la autoridad competente española.
 - Documento en el que por el solicitante se acredite haber iniciado los trámites conducentes a la constitución en España de la adopción o, en su caso, a la inscripción de la adopción en el Registro Civil.

EN CASO DE PATERNIDAD por nacimiento:

- 16.- Libro de familia o certificado de inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.

EN CASO DE PATERNIDAD por adopción o acogimiento:

- 17.- Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil, la resolución judicial por la que se constituye la adopción, o bien la resolución administrativa o judicial por la que se concede el acogimiento familiar.

OTRA DOCUMENTACIÓN:

En caso de discapacidad/dependencia:

- 18.- **De los solicitantes:** Certificado de discapacidad, con reconocimiento del grado igual o superior al 33% (excepto para la ampliación de la maternidad no contributiva que será en un grado igual o superior al 65%) emitido por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales o, en su caso, por los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas.
- 19.- **Del hijo o menor acogido:**
 - Informe de valoración específica emitido por los órganos competentes de la Comunidad Autónoma, o justificante de haberlo solicitado.
 - Cuando se trate de recién nacidos puede sustituirse por un informe médico del hospital público o informe médico del Servicio Público de Salud en el que se haga constar la discapacidad o su posible existencia.
- 20.- **En caso de familias numerosas:** Título de familia numerosa o justificante de haberlo solicitado.
- 21.- **En caso de familias monoparentales:** Libro de familia en el que conste un solo progenitor o, en el caso de que consten dos progenitores, partida de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono de la familia por parte del otro progenitor.
- 22.- **En caso de hospitalización del recién nacido:** Informe del hospital público en el que conste la fecha de ingreso del recién nacido, así como la fecha del alta hospitalaria cuando se produzca. Si el nacimiento se ha producido en un centro privado deberá aportarse un informe del facultativo del Servicio Público de Salud.
- 23.- **En caso de disfrute del descanso en régimen de jornada a tiempo parcial:**
 - **Para trabajadores por cuenta ajena,** documento que acredite el acuerdo empresario-trabajador sobre disfrute del descanso por maternidad/paternidad, por nacimiento, adopción o acogimiento, en régimen de jornada parcial.
 - **Para trabajadores por cuenta propia,** declaración de la situación.
- 24.- **Trabajadores fijos discontinuos:** Documento por el que se acredite esta condición para los nacimientos, adopciones o acogimientos producidos en el período entre campañas para cuando se reanuda la actividad.
- 25.- **Trabajadores en incapacidad temporal** que se abona en pago directo por las mutuas: Certificado de la Mutua de esta circunstancia.

PRESTACIÓN MATERNIDAD - PATERNIDAD. Por nacimiento, adopción o acogimiento

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

Para el descanso por maternidad:

- Documentos 1 (acreditación de identidad de los interesados), 5 y 6, si se ha producido el parto, y 9 en los de adopción o acogimiento

Para el descanso por paternidad:

- Documentos 1 (acreditación de identidad de los interesados), 2 y 16, en caso de nacimiento, o 17, en caso de adopción o acogimiento,

Si no presenta estos documentos, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99).

Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.

- Documento 4: la falta de presentación, en el plazo máximo indicado en el mismo, producirá la suspensión en el inicio del pago de la prestación, sin perjuicio de iniciar el correspondiente expediente sancionador al efecto.
- Documentos restantes: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 80 de la citada Ley 30/1992.

RECUERDE:

Cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral (cese en el trabajo, inicio de actividad laboral a tiempo parcial, etc.), como de su domicilio, mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano a su domicilio.

www.seg-social.es

Servicio de Producción Gráfica/2009 8-013

2. CERTIFICADO DE EMPRESA(I)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



CERTIFICADO DE EMPRESA PARA SOLICITUD DE MATERNIDAD-PATERNIDAD Por nacimiento, adopción o acogimiento

D/D^a con DNI - NIE - pasaporte

que desempeña en la empresa el cargo de

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización que a continuación se consignan.

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social				Código de Cuenta de Cotización			
				/			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia			Teléfono		

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre				DNI, NIE, pasaporte			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia			Número de la Seguridad Social		
					/		
Grupo de cotización		Fecha de alta en la empresa		¿Cotiza por desempleo?			
				☐ SÍ ☐ NO			
Fecha de inicio del descanso ⁽¹⁾		Fecha de finalización del descanso ⁽²⁾		Fecha de baja en la empresa (en su caso)			
Si es empleado público, personal funcionario o personal laboral: ¿Ha disfrutado o va a disfrutar de algún permiso retribuido de paternidad con cargo a la empresa? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, indique el periodo: desde hasta							
Si ha causado baja en la empresa: ¿tiene días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo indique: Número de días desde: hasta:							
¿Tiene reducción de jornada por guarda legal? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, fecha de inicio							

C-056
2011

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA

Trabajador ☐ Fijo ☐ Eventual

¿Se encontraba en vigor el contrato en la fecha de inicio del descanso?

☐ SÍ ☐ NO

Fecha última jornada de trabajo

Núm. jornadas reales mes anterior al inicio del descanso

Salario real del trabajador €/día

....., a de de 20
Firma y sello,

(1) Para la prestación de paternidad la fecha de inicio del descanso siempre será posterior a los días de permiso retribuido a los que tenga derecho el/la trabajador/a por nacimiento de hijo/a, adopción o acogimiento, excepto para los empleados públicos a los que le sea de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público, que será a partir de la fecha del parto, adopción o acogimiento.

(2) Para la prestación de maternidad es un dato obligatorio, tanto en el caso de opción del disfrute de parte del permiso por el otro progenitor, como en las adopciones y acogimientos compartidos por ambos progenitores.

4. MODELO 145

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Retenciones sobre rendimientos del trabajo Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

1.- Datos del perceptor que efectúa la comunicación

Espacio reservado para la etiqueta identificativa.

Si no dispone de etiquetas, cumplimente los datos identificativos que figuran a la derecha de este recuadro: NIF, primer apellido, segundo apellido y nombre.

Importante: los perceptores que accedan a su primer puesto de trabajo deberán adherir obligatoriamente la etiqueta identificativa.

En tal caso, si no dispone de etiquetas, póngase en contacto con su Delegación o Administración de la Agencia Tributaria, donde le serán facilitadas.

NIF | Primer apellido | 2º apellido | Nombre

Año de nacimiento (consígnese en todo caso)

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente, con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con Vd. sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento **1**
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas **2**
- NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) **3**
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ... etc.) **3**

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Prolongación de la actividad laboral: Si, una vez cumplidos los 65 años de edad, continúa o prolonga Vd. la actividad laboral, marque con una "X" esta casilla

2.- Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento ⁽¹⁾	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Cómputo por entero de hijos o descendientes

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, inclúyelo marcando con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3.- Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Convivencia con otros descendientes

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluído Vd. (si los ascendientes sólo conviven con Vd. no rellene esta casilla).

4.- Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Importante: para que los importes consignados en este apartado puedan ser tenidos en cuenta a efectos de determinar el tipo de retención, deberá acompañar a esta comunicación testimonio literal, total o parcial, de la resolución judicial determinante de las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos de que se trate.

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual **Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual

5.- Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena

Si Vd. ha adquirido o rehabilitado su vivienda habitual con anterioridad a 01/01/2011, está efectuando pagos por préstamos destinados a la financiación de una u otra por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF (disposición transitoria decimosexta Ley del Impuesto) y sus rendimientos íntegros del trabajo procedentes de todos sus pagadores son inferiores a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla.

Si Vd. ha adquirido o rehabilitado su vivienda habitual a partir del 01/01/2011, está efectuando pagos por préstamos destinados a la financiación de una u otra por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF (art. 68.1 Ley del Impuesto) y sus rendimientos íntegros del trabajo procedentes de todos sus pagadores son inferiores a 22.000,00 euros anuales, marque con una "X" esta casilla.

(Ambas casillas son incompatibles)

6.- Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En a de de

Firma del perceptor:

7.- Acuse de recibo

El Instituto Nacional de la Seguridad Social acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En a de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria)

5. ACUERDO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO EMPRESARIO-TRABAJADOR/A SOBRE DISFRUTE DEL DESCANSO POR MATERNIDAD, ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO EN RÉGIMEN DE JORNADA PARCIAL

D/D^a
con DNI-NIE-Pasaporte en calidad de
del organismo o empresa con código de cuenta
de cotización / y domicilio
núm. Localidad C. postal Provincia
Y

D/D^a trabajador/a de esta
empresa con número de la Seguridad Social / y DNI-NIE-Pasaporte

ACUERDAN

Que el período del descanso por maternidad⁽¹⁾, adopción o acogimiento, lo va disfrutar en régimen de jornada parcial, de acuerdo con los datos siguientes:

Jornada porcentual⁽²⁾ %

La prestación de trabajo en jornada parcial se inicia el de de 20

En , a de de 20

POR LA EMPRESA,

EL/LA TRABAJADOR/A,

Fdo.:

Fdo.:

Servicio de Producción Gráfica/2008 C-045

(1) En caso de parto, la madre no podrá hacer uso de esta modalidad de permiso durante las seis semanas inmediatas posteriores al mismo, que serán de descanso obligatorio.

(2) El cálculo se efectuará dividiendo las horas semanales acordadas en jornada parcial por las horas semanales realizadas con anterioridad en jornada completa. El resultado se multiplicará por 100.

NOTAS

UNION SINDICAL OBRERA

C/ Huerto de las Bombas, 6; 30009 – Murcia; Tfno.: 968 25 01 20 – 968 25 70 66 - Fax.: 968 25 75 47
Web: www.usomurcia.org // www.uso.es