



Registro INSS

## CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

ENTIDAD DE COBERTURA: INSS / MUTUA

### DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social			Código cuenta cotización (CCC)	
Domicilio (calle o plaza y número)			Localidad	
Código postal	Provincia	Núm. de teléfono	Actividad	
Nombre y apellidos de la persona que certifica			DNI - NIE - pasaporte	Cargo en la empresa

### DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Apellidos y nombre		DNI - NIE - pasaporte	Núm. de la Seguridad Social
Lugar del accidente	Fecha del accidente	Fecha de la baja	Fecha ingreso en la empresa
Profesión		Tareas realizadas	

### DATOS LABORALES

Tipo de contrato:	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo	<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Pluriempleo
Modalidad de remuneración	<input type="checkbox"/> Por unidad de tiempo	<input type="checkbox"/> diaria	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> mensual	
	<input type="checkbox"/> Por unidad de obra				
	<input type="checkbox"/> Mixta				
Normativa sectorial o Convenio colectivo aplicable .....					

### DATOS SALARIALES

<b>Cuantías percibidas el día del accidente:</b>		– Casa habitación ... ..	€
• Sueldo o jornal por unidad de tiempo ... ..	€	– Alimentos ... ..	€
• Remuneración por tarea o unidad de obra ... ..	€	– Antigüedad ... ..	€
<b>Pagos extraordinarios anuales:</b>	Julio ..... €	Diciembre ..... €	Otras ..... €
<b>Cuantías referidas a los 365 días inmediatamente anteriores al del accidente:</b>			
• Beneficios o participación en ingresos computables ... ..	€		
• Pluses y retribuciones complementarias:			
– Comisiones ... ..	€	– Primas de asistencia ... ..	€
– Horas extraordinarias ... ..	€	– Primas de producción ... ..	€
– Trabajos nocturnos, penosos, tóxicos y peligrosos ... ..	€	– Incentivos por unidad de obra ... ..	€
– Otros ... ..	€	– Otros ... ..	€
<b>Días laborables efectivamente trabajados:</b> .....		<b>Días laborables según Convenio:</b> .....	



Apellidos y nombre:

DNI - NIE - pasaporte



### DATOS TIEMPO PARCIAL

Número de horas efectivamente trabajadas en los 365 días anteriores: .....

Jornada habitual en la actividad .....

Jornada contratada .....

Y para que conste ante la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social / Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, se expide la presente certificación

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

Conforme el trabajador

Firma y sello de la empresa

**Si va a presentar esta solicitud por internet no es necesario que firme este formulario**