



FR.101

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL SISTEMA RED

TIPO DE TRANSMISIÓN	<input type="checkbox"/> RED Internet	<input type="checkbox"/> RED Directo	<input type="checkbox"/> Sistema Liquidación Directa
TIPO DE AUTORIZACIÓN	<input type="checkbox"/> En nombre propio	<input type="checkbox"/> En nombre de otros	<input type="checkbox"/> Profesional Colegiado <input type="checkbox"/> Tercero

1. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS		NIF AUTORIZACIÓN						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO							PROVINCIA	
<input type="text"/>							<input type="text"/>	
TIPO DE PROGRAMAS DE NÓMINA (Sólo para autorizaciones RED Internet y Sistema de Liquidación Directa)								
<input type="checkbox"/> DE ELABORACIÓN PROPIA ADAPTADO AL SISTEMA RED								
<input type="checkbox"/> ADQUIRIDO A UN PROVEEDOR DE NÓMINAS (indicar proveedor) <input type="text"/>								

2. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO FIJO	EXTENSIÓN	FAX	TELÉFONO MÓVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICACIONES CON LA SEGURIDAD SOCIAL			
<input type="text"/>			

El solicitante (representante de la autorización para el Sistema RED), manifiesta su consentimiento para que los datos de contacto facilitados sean utilizados por la TGSS para avisos y comunicaciones relativos a la propia autorización y a los CCC/NAF cuya gestión tiene asignada, sin que a través de ellos puedan efectuarse notificaciones de actos o procedimientos administrativos.

3. DATOS DEL SOLICITANTE (Representante de la autorización)

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICADOR PERSONA FÍSICA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. DATOS DEL USUARIO PRINCIPAL DE LA AUTORIZACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS	
<input type="text"/>	
IDENTIFICADOR PERSONA FÍSICA	NÚMERO DE AFILIACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. DATOS PROFESIONAL COLEGIADO (Sólo para autorizaciones de tipo Profesional Colegiado)

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICADOR PERSONA FÍSICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COLEGIO PROFESIONAL AL QUE PERTENECE	PROVINCIA	NÚMERO DE COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA:

- Hacer uso del sistema de remisión electrónica de datos (sistema RED), de conformidad con lo dispuesto en la Orden ESS/484/2013 de 26 de marzo, por la que se regula dicho sistema en el ámbito de la Seguridad Social, la Orden ESS/1187/2015 de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, y el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en actuaciones relativas a:
 - Inscripción de empresas, afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores, cotización y recaudación de empresas y trabajadores, comunicación de partes médicos de baja, de confirmación de la baja y de alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.
 - Cualquier otra actuación cuya gestión corresponda a la Tesorería General de la Seguridad Social en los términos y condiciones que se establezcan por Resolución del Director General de la misma.
- La concesión de esta autorización podrá implicar la recepción, por parte del autorizado, de las notificaciones y comunicaciones electrónicas de conformidad con lo dispuesto en la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo, por la que se regulan las notificaciones y comunicaciones por medios electrónicos en el ámbito de la seguridad social.

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:

SOLICITANTE (REPRESENTANTE DE LA AUTORIZACIÓN)

Lugar: Fecha:

FIRMA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

PROTECCIÓN DE DATOS. - A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E del 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo, serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994, modificados por la Orden de 26-03-1999. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en dicha Ley Orgánica 15/1999.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Este modelo deberá cumplimentarse para solicitar una autorización del Sistema RED que permita la comunicación a la Tesorería General de la Seguridad Social de los datos relativos a las actuaciones de inscripción de empresas, afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores, cotización y recaudación de empresas y trabajadores, comunicación de partes médicos de baja, de confirmación de la baja y alta correspondiente a procesos de incapacidad temporal. La autorización puede ser de los siguientes tipos:

- **En Nombre Propio:** para aquellos casos que gestionen únicamente Códigos de Cuenta de Cotización y/o NAF cuyo NIF coincida con el NIF de la autorización.
- **En Nombre de otros:** cuando la autorización gestione Códigos de Cuenta de Cotización y/o NAFs con un NIF diferente al de la autorización. En este caso se puede diferenciar entre Profesional Colegiado y Tercero.

1. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN

En este apartado se incluirán los datos relativos a la persona física, persona jurídica o entidad que solicita la autorización:

- En caso de ser una persona física se indicará su **Nombre y Apellidos y su NIF**, que deberán coincidir con los datos del usuario principal de la autorización.
- En caso de ser una persona jurídica o entidad, se indicará su **Razón Social y su NIF**.
- Se deberán incluir todos los datos relativos al **Domicilio** de la autorización (provincia, municipio, vía pública...)
- En caso de ser una autorización de RED Internet y Sistema Liquidación Directa Remesas ha de incluirse los **Datos Técnicos** relativos al tipo de programa de nóminas de la autorización. Deberá marcarse con una "X" la opción que corresponda:
 - **De elaboración propia adaptado al Sistema RED.**
 - **Adquirido a un proveedor de nóminas.** En este caso se ha de indicar el proveedor de nóminas correspondiente.

2. DATOS DE CONTACTO

- Se completarán los **Datos de Contacto** de la autorización. El correo electrónico que se indique será el utilizado a efectos de avisos y comunicaciones de la Seguridad Social.

3. DATOS DEL SOLICITANTE (Representante de la autorización)

En este apartado se incluirán los datos relativos al solicitante de la autorización el cual ha de ser un representante de la misma.

- **Nombre y apellidos y el Identificador de persona física (NIF o NIE).**

4. DATOS DEL USUARIO PRINCIPAL DE LA AUTORIZACIÓN

En este apartado se incluirán los datos relativos al usuario principal de la autorización, que tendrá acceso a todas las funcionalidades del sistema, incluyendo los servicios de "Alta, baja y modificación de usuarios secundarios", "Asignación/Rescisión de CCCs/NAFs", etc.

En el caso de las autorizaciones de Persona Física, el usuario principal debe coincidir con la Persona Física a cuyo nombre se solicita la autorización.

Los datos a incluir son los siguientes:

- **Nombre y apellidos y el Identificador de persona física (NIF o NIE).**
- Se deberá incluir además el **Número de Afiliación.**

5. DATOS DEL PROFESIONAL COLEGIADO (Sólo para autorizaciones de tipo Prof. Colegiado)

En las autorizaciones de tipo Profesional Colegiado correspondientes a una Persona Física es necesario que el usuario principal sea un Profesional Colegiado ejerciente de alguno de los Colegios Profesionales aceptados por la TGSS, mientras que en las de Persona Jurídica dicho título podrá ser ostentado tanto por el usuario principal como por, al menos, uno de los integrantes de la Persona Jurídica:

- **Nombre y apellidos y el Identificador de persona física (NIF o NIE).**
- **Colegio Profesional** al que pertenece, **Provincia** y el **Número de Colegiado.**

6. INFORMACIÓN RELATIVA A LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

• Órgano al que se dirige la solicitud:

- Indicar la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social a la que se dirige su solicitud

• Firma de la solicitud:

- Esta solicitud deberá ir firmada por un representante de la autorización.
- Acompañando a la firma se indicará el Lugar, Fecha y Nombre y Apellidos del firmante.

• Documentación que debe aportar:

- Fotocopia del documento indentificativo (DNI o NIE) del solicitante.
- Documentación que acredite la representación de la Personalidad Jurídica o de la Persona Física.
- En el supuesto de que la autorización sea de tipo Profesional Colegiado se requerirá además el certificado de Profesional Colegiado ejerciente en el momento de la presentación de la solicitud.