MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

Registro de presentación | Registro de entrada

TESORERÍA GENERAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DE CUOTAS A TRAVÉS DEL SERVICIO DE APOYO A LA COTIZACIÓN (SAC)

1. DATOS GENERALES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICADOR DEL EMPRESARIO	RÉGIMEN	CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	PERIODO LIQUIDACIÓN
		0111		

TIPO LIQUIDACIÓN (Marcar con una 'X')

ORDINARIA ☐

COMPLEMENTARIA ☐ MOTIVO

Nº HOJA ___ DE ___

2. DATOS DE COTIZACIÓN

☐ MARCAR EN CASO DE SER VARIACIONES DE LOS DATOS DEL MES ANTERIOR

					BASES				SITUACIONES ESPECIALES					CONTRATOS TIEMPO PARCIAL			Nº HORAS FORM. TEÓRICA	
										COEFICIENTE				Nº HORAS COMPLEMENTARIAS				
N.A.F. (12 DÍGITOS)	C.A.F.	FECHA DESDE	FECHA HASTA	MODALIDAD SALARIO	COTINGENCIAS COMUNES	AT / EP	HORAS EXTRA FUERZA MAYOR	OTRAS HORAS EXTRA	SITUACIÓN ESPECIAL		FECHA DESDE (COMPENSACIÓN)	FECHA HASTA (COMPENSACIÓN)	IMPORTE COMPENSACIÓN	Nº HORAS MENSUALES		BASE HORAS COMPLEMENTARIAS	PRESENCIAL	A DISTANCIA

BONIFICACIÓN FORMACIÓN CONTINUA ☐

SITUACIONES ESPECIALES: 01 – IT CC PAGO DELEGADO ; 02 – IT CC PAGO DIRECTO ; 03 – IT AT Y EP PAGO DELEGADO ; 04 – IT AT Y EP PAGO DIRECTO ; 05 – MATERNIDAD/PATERNIDAD TIEMPO PARCIAL ; 06 – MATERNIDAD/PATERNIDAD TIEMPO COMPLETO ; 07 – ERE TIEMPO PARCIAL ; 08 – ERE TIEMPO COMPLETO ; 09 – RIESGO DURANTE EMBARAZO/LACTANCIA ; 10 – ALTA SIN PERCIBO DE RETRIBUCIÓN ; 11 – PERMISO SIN SUELDO (FUNCIONARIOS)

SOLICITANTE	LUGAR: _____ FECHA: _____	NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FIRMA _____	SELLO

A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTICULO 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 SOLICITADOS 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.