

Sello Entrada

Certificado de Empresa de Suspensión del Contrato y Datos Salariales para la Prestación Económica por Riesgo Durante el Embarazo o la Lactancia Natural

D/Dña. _____ con DNI/NIE _____ en calidad de _____ del organismo/ empresa _____
 Contacto de la empresa y cargo _____.

CERTIFICA que

Son ciertos los datos personales, profesionales y de cotización de la trabajadora D/Dña. _____ con DNI/NIE _____, que a continuación se consignan:

1. La actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo reflejadas en el 'Certificado Empresarial Sobre Situación de Riesgo' no han cambiado.
2. Dado que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica ni objetivamente posible, se ha procedido a la **suspensión del contrato** de trabajo, siendo el inicio de la suspensión y en consecuencia de la Prestación de Riesgo el día: ___ / ___ / ____.

3. Datos de Cotización:

a) Base de Cotización del mes anterior a la suspensión del contrato (excluyendo conceptos apdo. b)

IMPORTE TOTAL NÚMERO DE DÍAS IMPORTE DIARIO

b) Cotización por horas extraordinarias y otros conceptos* de los 12 meses inmediatamente anteriores a la suspensión del contrato

IMPORTE TOTAL NÚMERO DE DÍAS IMPORTE DIARIO

* En caso de **contrato a tiempo parcial**: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de suspensión del contrato de trabajo.

AÑO	MES	NÚMERO DE DÍAS COTIZADOS	BASE DE COTIZACIÓN DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES (excluyendo conceptos apdo. b)
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
TOTAL			<input style="width: 80%;" type="text"/>

La empresa comunicará a Mutua Navarra cualquier circunstancia que implique suspensión o extinción del derecho de subsidio (Art. 35.5 o art. 50.4 RD 295/2009).

_____, a ___ de _____ de _____ (Firma y sello de la empresa)

(*) Deberán certificarse las cantidades cotizadas en concepto de horas extraordinarias y otras remuneraciones no prorrateadas en las bases mensuales, correspondientes a los 12 meses anteriores a la suspensión del contrato.