

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido ESTEBANEZ	Segundo apellido ALONSO	Nombre CESAR
DNI/NIE/Pasaporte 13787050E	Número de afiliación a la Seguridad Social 39/00515341-34	
Fecha de nacimiento 31/08/1969	Teléfono 609680386	Email
<b>Dirección</b> C/ INDUSTRIA NAVE 5 Nº 77		
Localidad EL ASTILLERO	Código Postal 39610	Provincia CANTABRIA

### 2. DATOS DE LA EMPRESA/ASESORÍA

Nombre de la empresa COMATEL 99 SL	CCC 39/1035523-05	
<b>Dirección</b> INDUSTRIA NAVE 5 Nº 77		
Código Postal 39610	Localidad EL ASTILLERO	Teléfono
Asesoría/Gestoría CUEVAS&MARTÍNEZ ASESORES	Teléfono Asesoría 942055366	Email

### 3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Fecha de la baja	17-03-2024	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	
<input type="checkbox"/> Accidente no laboral	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	
<input type="checkbox"/> Régimen general	<input checked="" type="checkbox"/> Cuenta propia	
<input type="checkbox"/> Agrario cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Artistas y taurinos	Empleados de hogar
<input type="checkbox"/> Representante de comercio	<input type="checkbox"/> Régimen del mar	

### 4. MOTIVO DEL PAGO

<input type="checkbox"/> Fin de relación laboral
<input type="checkbox"/> Entidades u organismos excluidos de la obligación del pago delegado
<input type="checkbox"/> Incumplimiento empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66)
<input type="checkbox"/> Prórrogas
<input type="checkbox"/> Empresas con menos de 10 trabajadores y más de 6 meses consecutivos de abono de IT
<input type="checkbox"/> Trabajador fijo discontinuo
<input type="checkbox"/> Jubilación parcial
<input checked="" type="checkbox"/> Otros



Mutua  
Montañesa  
Muy fácil

## **5. DATOS BANCARIOS**

## **6. DATOS FISCALES**

**Completa la opción que aplique:**

<b>Tipo voluntario de retención por IRPF</b> <i>(No se aceptará un porcentaje menor al legal)</i>	2	%
<b>Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:</b>		
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos	<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas	<input type="checkbox"/> Tipo voluntario      %
<b>Si su residencia fiscal está en el EXTRANJERO, marque una de las siguientes casillas:</b>		
<input type="checkbox"/> Residencia fiscal en Unión Europea, Islandia, Noruega o Liechtenstein		
<input type="checkbox"/> Residencia fiscal fuera de la Unión Europea		

#### **7. A QUIÉN PERTENECE**



DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

EL ASTILLERO 03 ABRIL 2024  
En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COMTEL**  
TODO EN MATERIAL ELECTRICO & PERFORERIA  
Parque Empresarial Tirso González, nave, 5  
C/ Industria, 77 - Tel. 942 540 266  
**39610 EL ASTILLERO (Cantabria)**  
C.I.F. B-39517867

## Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7, CIF: G39008321

Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.

Delegado de Protección de Datos: [dpo@mutuamontanesa.es](mailto:dpo@mutuamontanesa.es)

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

**Conservación de los datos:** Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

**Base legal:** La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios:** Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.
- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

**Derechos:** Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email [dpo@mutuamontanesa.es](mailto:dpo@mutuamontanesa.es).

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE ACTIVIDAD

Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de Octubre<sup>1</sup>.

D/Da CESAR ESTEBANEZ ALONSO con DNI/NIE/Pasaporte 13787050E,  
con número de la Seguridad Social 39/00515341-34, y con domicilio C/ INDUSTRIA NAVE 5 Nº 77  
declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza <sup>2</sup>  SÍ  NO

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en C/ INDUSTRIA NAVE 5 Nº 77  
que la actividad económica, oficio o profesión es la de COMERCIO AL POR MAYOR, y que durante la  
situación de incapacidad temporal / maternidad / paternidad / riesgo durante el embarazo o la lactancia  
natural (tácheselo lo que no proceda), la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionado por:

A. Familiar

D/Da \_\_\_\_\_  
Número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_  
DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_  
Código de cuenta cotización de la empresa \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_

B. Empleado del establecimiento

D/Da Iciar Arroyo Ladrón  
Número de la Seguridad Social 391001647721  
DNI/NIE/Pasaporte 20207797C  
Código de cuenta cotización de la empresa 391001647721

C. Gestionado por otra persona

D/Da \_\_\_\_\_  
Número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_  
DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_  
Código de cuenta cotización de la empresa \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La Resolución citada establece que la declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal; 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural; en la maternidad, dentro de los 15 días siguientes a la fecha del parto o inicio del descanso maternal, o de la fecha de la resolución administrativa o judicial mediante la que se constituye el acogimiento o la adopción; en la paternidad en los 15 días siguientes al inicio del descanso.

<sup>2</sup> Si marca la casilla "SÍ" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca la casilla "NO" deberá cumplimentar el punto 3.

2. Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal /maternidad / paternidad / riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (tácheselo lo que no proceda), del titular del establecimiento.
3. O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de \_\_\_\_\_, domicilio en \_\_\_\_\_.

En el astillero \_\_\_\_\_ a 3 de abril de 2024.

FIRMA



#### Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7, CIF: G39008321  
Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.  
Delegado de Protección de Datos: [dpo@mutuamontanesa.es](mailto:dpo@mutuamontanesa.es)

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

**Conservación de los datos:** Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

**Base legal:** La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios:** Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.

- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

**Derechos:** Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email [dpo@mutuamontañesa.es](mailto:dpo@mutuamontañesa.es).

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>

**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**

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

**Atención:** la inclusión de datos falsos, incompletos o inexacts 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).

**1. Datos del receptor que efectúa la comunicación**

NIF	Apellidos y Nombre	Año de nacimiento
13787050E	ESTEBANEZ ALONSO, CÉSAR	1969
<b>Situación familiar:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada 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</li> <li>• Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas</li> </ul>		
NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).</li> </ul>		
<b>Discapacidad (grado de minusvalía reconocido)</b> Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/> Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/> Además tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida <input type="checkbox"/>		
<b>Movilidad geográfica:</b> 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		
<b>Obtención de rendimientos con periodo de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:</b> Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con periodo de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto sobre la Renta y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta		

**2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven en 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.

<b>Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)</b>				<b>Cómputo por entero de hijos o descendientes</b>
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.				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.
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
2016		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**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 tiene rentas anuales superiores a 8.000 euros.

<b>Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)</b>				<b>Convivencia con otros descendientes</b>
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.				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 solo 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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Pensión compensatoria en favor del cónyuge.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

**Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

**5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF**

**Importante:** sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones integras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

**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 **MURIEDAS** a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.a **ESTEBANEZ ALONSO, CÉSAR**

**7. Acuse de recibo**

La empresa o la entidad: **COMATEL 99, S.L.**  
 acusa recibo de la presente comunicación y documentación

En **EL ASTILLERO** TODO EN MATERIA DE ESTILO Y PRESTIGIO de  
 Parque Empresarial Tirsó González, nave, 5  
 Industria, 77 - Telf. 942 540 266  
**39610 EL ASTILLERO (Cantabria)**  
 C.I.F. B-99517867  
 Fdo.: D / D.a **CÉSAR ESTEBANEZ ALONSO**

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.

**Ejemplar para la empresa o entidad pagadora**

