



Informe de Datos para la Cotización-Trabajadores por Cuenta Ajena-

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR/A

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------|------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: DAVID LOPEZ CALPE | | | | |
| NSS: 08 1192670034 | DOC.IDENTIFICATIVO: D.N.I. | NUM: 047921746G | SEXO: VARON | NACIMIENTO: 19-10-1992 |

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|--|--|----------------------------|---------------------------|
| RAZÓN SOCIAL: MATERIALS PER A LA CONSTRUCCIO MIQUEL BOSCH, S.L. | | CCC: 08 126893002 | DNI/NIE/CIF: 9 0B61956389 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: 4673 Comercio al por mayor de madera, materia | | REGIMEN: RÉGIMEN GENERAL | |
| OTROS COLECTIVOS SIN ESPECIFICAR | | PERIODO: DESDE 22-05-2023. | |

OTROS DATOS

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| T.CONTRATO: 100 IND.T.COMP.ORDINARIO | COL.TRA: | ALTA: 22-05-2023 | BAJA: |
| R.L.C.E.: | COTIZACIÓN ADICIONAL: | INICIO CONTRATO DE TRABAJO | |
| COEF.TIEMPO PARCIAL: | REDUCCIÓN JORNADA/COEFIC: | FECHA: 22-05-2023 | EDAD: 30 |
| GC/M*: 08/S | RELEVO: | TIPO DE INACTIVIDAD/COEFIC: | C.C.C.: 0111 08 126893002 |
| TRABAJADOR SUSTITUTO*: | OCUPACION*: F TRAN.MERC.SUPER.3,5T | N.TRAB. EMPRESA:<50 TRABAJADORES | |
| TRABAJADOR SUSTITUIDO: | CAUSA DE SUSTITUCIÓN: | FIN CONTRATO DE TRABAJO: | |
| COLECTIVO S/EXCLUSIÓN EN COTIZACIÓN: | | FECHA EFECTO BAJA: | |
| MODALIDAD DE COTIZACIÓN: | | DISCAPACIDAD -GRADO Y TIPO- | |
| JORNADAS REALES REALIZADAS: | | TIPO: | |
| JORNADAS REALES PREVISTAS: | | GRADO: | |
| R.E.T.M. ZONA ESPECIAL CANARIAS*: | PENSIONISTA INCAP: | | |
| R.E.T.C. CATEGORÍA PROFESIONAL*: | | | |
| CONDICIÓN DESEMPLEADO S/EMPRESA: | | CUANTÍA GLOBAL BONIFICACIÓN: | |
| PARTO ÚLTIMOS 24 MESES: | INCAPACIDAD READMITIDO: | | |
| RENTA ACTIVA INSERCIÓN: | TRABAJADOR DE AUTÓNOMO: | CAMBIO PUESTO TRABAJO: | |
| MUJER SUBREPRESENTADA: | EXCLUSIÓN SOCIAL: | EXCEDENTE S.INDUST.INCENTIVADO: | |
| MUJER REINCORPORADA: | ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS: | | |
| PERDIDA DE BENEFICIOS: | POR TRABAJADOR: | CAUSA: | |
| | POR EMPRESA: | CAUSA: | EFFECTOS: |
| | | DESDE: | HASTA: |

SUSPENSIÓN POR SITUACIONES QUE PUEDEN DAR ORIGEN A PRESTACIONES POR CORTA DURACIÓN DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Tipo de suspensión/Desde/Hasta)

SIN SITUACIONES

| TIPO DE PECULIARIDAD | PORCENTAJE/TIPO | CUANTÍA/MES | FRACCIÓN DE CUOTA | DESDE | HASTA | CLV |
|--------------------------|-----------------|-------------|-------------------|-------|-------|-----------|
| ***SIN PECULIARIDADES*** | | | | | | |
| | | | | | | TOTAL CLV |

TIPOS DE COTIZACIÓN* CONTINGENCIAS PROFESIONALES: IT: 3,35 I.M.S.: 3,35 TOTAL: 6,70 DESEMPLEO: 7,05

De conformidad con los términos de la autorización número 13005, concedida en fecha 10/02/1999 a INMACULADA JANE CLADELLAS por la Tesorería General de la Seguridad Social, certifico que estos datos han sido transmitidos y validados por la misma e impresos de forma autorizada, surtiendo efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones conforme al artículo uno de la Orden ESS/484/2013 de 26 de marzo (BOE de 28 de marzo).

El usuario principal

Fdo.:

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

| | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------|------------------|-------|
| REFERENCIA: A2072305000001 | FECHA: 17-05-2023 | HORA: 09:42:05 | HUELLA: NA4T88G0 | 01/01 |
|----------------------------|-------------------|----------------|------------------|-------|

Este documento tiene carácter exclusivamente informativo y no genera ni expectativas de derecho en al cotización a la Seguridad Social

En los datos marcados con un asterisco() el valor que se muestra es el correspondiente a la fecha de finalización del PERIODO.

Este documento no será válido sin la referencia electrónica.