

martes, en todos los demás Municipios, será retribuido por las Empresas, de conformidad con lo que establece el artículo 67, segundo, de la Ley de Contrato de Trabajo de 26 de enero de 1944.

Segundo.—Los Delegados provinciales de Trabajo, de acuerdo con los Gobernadores civiles, adoptarán las disposiciones convenientes respecto al horario laboral de los expresados días 20 de octubre actual en Barcelona y 17 de noviembre próximo en el resto de España para facilitar la emisión del voto, pudiendo los empresarios pedir a los trabajadores la exhibición de la certificación expedida por la correspondiente Mesa electoral, a los efectos del abono del tiempo preciso para la emisión del voto.

Lo que digo a VV. II. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a VV. II.

Madrid, 13 de octubre de 1970.

DE LA FUENTE

Ilmos. Sres. Subsecretario de este Departamento y Director general de Trabajo.

RESOLUCION de la Dirección General de la Seguridad Social por la que se dictan normas para la inscripción de Empresas, afiliación de trabajadores, liquidación y recaudación de cuotas del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios.

Ilustrísimos señores:

La disposición final primera de la Orden de 6 de julio de 1970 («Boletín Oficial del Estado» del 17), por la que se establecieron normas en materia de inscripción de Empresas, afiliación de trabajadores, cotización y recaudación en período voluntario del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, faculta a esta Dirección General para adoptar las medidas que estime necesarias a efectos de la aplicación de lo en ella dispuesto.

En su virtud, esta Dirección General ha tenido a bien resolver lo siguiente:

Primero.—Los empresarios comprendidos en el campo de aplicación de este Régimen Especial formularán por duplicado las solicitudes de inscripción utilizando el modelo A-6-TF, con el formato que edita la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios y que deberá ser presentado en la misma antes del 1 de septiembre de 1970. Esta inscripción comprende además la inclusión obligatoria de la Empresa en la Mutualidad para la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Recibida en la Mutualidad la solicitud de inscripción en el Régimen Especial y de inclusión en el Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Modelo A-6-TF), se procederá a inscribir a la Empresa en el registro I-D-AT-2 que se llevará en la Mutualidad, devolviendo a aquella el duplicado de la solicitud, debidamente diligenciado, como documento acreditativo del cumplimiento de ambas obligaciones.

Los empresarios comunicarán a la Mutualidad, dentro de los diez días naturales siguientes a aquel en que se hayan producido, las variaciones surgidas en los datos declarados al formular la solicitud de inscripción y, en su caso, el cese en la actividad que motivó dicha inscripción.

Segundo.—Los empresarios cumplirán con la obligación de solicitar la afiliación a la Seguridad Social de los trabajadores que empleen, siempre que no estuvieran afiliados con anterioridad, cumplimentando por duplicado el modelo A-1-TF, que deberán presentar en las Delegaciones Provinciales del Instituto Nacional de Previsión, dentro de los cinco días siguientes a la iniciación del trabajo.

El Instituto Nacional de Previsión procederá a afiliarse a los trabajadores ferroviarios y devolverá a la Empresa un ejemplar de la solicitud debidamente diligenciado, y dentro del plazo establecido para el Régimen General, expedirá el consiguiente documento de afiliación, que remitirá a la Empresa para su entrega al trabajador interesado.

Tercero.—Las Empresas comunicarán a la Mutualidad las altas y bajas de los trabajadores a su servicio mediante los partes A-2-TF o A-3-TF (ambos por duplicado) y dentro del plazo de los cinco días siguientes a aquel en que se produzcan.

Del A-2-TF, la Mutualidad devolverá un ejemplar a la Empresa, quien conservará la parte superior como justificante del alta y entregará al interesado la parte inferior para justificación de sus beneficios de Protección a la Familia.

Del A-3-TF, la Mutualidad devolverá un ejemplar a la Empresa como justificante.

Cuarto.—A efectos de la iniciación o del cese, respectivamente, de la prestación de asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral, los empresarios comunicarán directamente al Instituto Nacional de Previsión, que han formulado ante la Mutualidad las solicitudes de alta o de baja de los trabajadores a su servicio.

Las indicadas comunicaciones se formularán por triplicado para las altas, en el modelo A-2-AS, y por duplicado para las bajas, en el modelo A-3-AS, que facilitará la Mutualidad. La Empresa presentará, en cada caso, debidamente diligenciado, el modelo que proceda, en la Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión de la provincia de la residencia fijada por el trabajador a estos efectos.

De los partes de alta (modelo A-2-AS), el Instituto Nacional de Previsión devolverá un ejemplar diligenciado a la Empresa, quien conservará la parte superior y entregará la inferior al trabajador interesado. El tercer ejemplar lo remitirá a la Mutualidad a los efectos del artículo 5.º, número 3, párrafo último de la Orden ministerial de 6 de julio de 1970 («Boletín Oficial del Estado» del 17).

De los partes de baja (modelo A-3-AS), el Instituto Nacional de Previsión conservará uno de los dos ejemplares, devolverá a la Empresa la parte inferior del original y a la Mutualidad la parte superior del mismo.

El plazo concedido a las Empresas para la notificación de las altas y bajas podrá ser ampliado, previa solicitud de las mismas, siempre que tengan más de quinientos trabajadores, ámbito nacional y organización administrativa centralizada.

Quinto.—Las cuotas de este Régimen Especial, incluidas las de Accidentes de Trabajo, así como las aportaciones en concepto de cuota sindical y de formación profesional que se devenguen a partir de 1 de julio de 1970, se liquidarán e ingresarán conjuntamente por cada Empresa, por mensualidades vencidas, durante el mes inmediatamente siguiente al de su devengo.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, las cuotas devengadas durante el mes de julio de 1970, deberán ser ingresadas por los empresarios, sin recargo alguno, en el mes de septiembre del indicado año.

Las Empresas a que se refiere el párrafo segundo del apartado primero del artículo 9.º de la Orden ministerial de 6 de julio de 1970 podrán ser autorizadas por la Dirección General de la Seguridad Social, previo informe del Servicio de Mutualidades Laborales, para ampliar a dos meses naturales el plazo de ingreso que se señala en el párrafo anterior.

Sexto.—Para el ingreso de todas las cuotas a que se refiere la norma anterior, se utilizará obligatoriamente el «Boletín de Cotizaciones» (modelo C-1-TF), acompañado necesariamente de la relación nominal de trabajadores (modelo C-2-TF), cuyos modelos figuran anejos a la presente Resolución.

Séptimo.—Los impresos modelos C-1-TF y C-2-TF serán editados por la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, con arreglo a los formatos establecidos en la presente Resolución, y estarán a disposición de los empresarios en el domicilio de la propia Mutualidad.

Octavo.—Los empresarios cumplimentarán estos impresos, salvo aquellas partes de los mismos que no les afecten, ateniéndose a las instrucciones que figuran insertas en las cubiertas de los talonarios de dichos modelos.

Noveno.—Los empresarios deducirán en el «Boletín de Cotizaciones» C-1-TF, del importe de la liquidación de las cuotas, las cuantías de las prestaciones que hayan satisfecho en régimen de pago delegado.

Décimo.—Las Empresas que satisfagan a sus trabajadores, de acuerdo con las normas sobre colaboración obligatoria de la gestión, el subsidio por desempleo parcial, deberán acompañar al «Boletín de Cotizaciones» y relación nominal de trabajadores, la nómina comprensiva del importe de aquél, cuyo total se incluirá en el aludido «Boletín de Cotizaciones», modelo C-1-TF, en la línea destinada en el mismo a efectos de su deducción de la liquidación.

Undécimo.—Los «Boletines de Cotización», modelo C-1-TF, las relaciones nominales de trabajadores, modelo C-2-TF y la nómina de indemnizaciones por desempleo parcial, cuando proceda, se formularán por duplicado.

Cada Empresa que tenga centros de trabajo en una o varias provincias recogerá en un solo modelo C-1-TF la liquidación de las cuotas.

Duodécimo.—Considerando las características peculiares de este régimen, los empresarios efectuarán el ingreso de las cuotas correspondientes, presentando para ello la documentación que se señala en la norma anterior, en la Caja de Ahorros Benéfico-Social que se designe en cada provincia. La Mutualidad pondrá en conocimiento de las Empresas las oficinas recaudadoras designadas.

No obstante lo preceptuado en el párrafo anterior, en el caso c) del número 2 del artículo 50 de la Orden ministerial de 28 de diciembre de 1966, la presentación de la documentación se hará en la Mutualidad, y en el caso h) del mismo precepto, el ingreso de las cuotas, acompañado de la documentación correspondiente, se hará también en la misma Mutualidad.

Decimotercero.—La Caja de Ahorros Benéfico-Social designada en cada provincia como oficina recaudadora viene obligada a lo siguiente:

a) Comprobar si la liquidación corresponde al mes anterior a aquel en que se efectúe el ingreso, o a dos meses anteriores, en los casos autorizados por la Dirección General de la Seguridad Social, conforme a lo prevenido en el artículo 9.º, número 1.º párrafo segundo de la Orden ministerial de 6 de julio de 1970.

Si la liquidación no corresponde a dichos meses, comprobar si incluye los recargos por mora correspondientes, que serán del 10 por 100 ó del 20 por 100, según que la liquidación se efectúe con uno o más meses de retraso. En caso de no ajustarse las liquidaciones a estas obligaciones, deben rechazarse.

b) Comprobar que el importe de las deducciones por pago delegado de prestaciones no supere al importe de las cuotas. Caso de ser superior debe rechazarse la liquidación y advertir a la Empresa que ha de prestarla necesariamente en la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios.

c) Comprobar si se presenta el número de ejemplares reglamentarios de los «Boletines de Cotización», modelo C-1-TF, de la relación nominal de trabajadores, modelo C-2-TF y de la nómina de indemnizaciones económicas por desempleo parcial, cuando proceda.

d) Comprobar si figuran consignados en los modelos C-1-TF y C-2-TF todos los datos sobre identificación de la Empresa, número de inscripción en la Mutualidad, mas a que se refieren las liquidaciones, Sindicato de Encuadramiento, etc.

e) Completar la diligencia de recepción que figura en el recuadro del modelo C-1-TF, estampando el sello fechador de ingreso, de la Oficina Recaudadora que se haga cargo del importe de la liquidación.

f) Devolver a la Empresa, como justificante único del pago de las cuotas, un ejemplar del «Boletín de Cotización», modelo C-1-TF, debidamente diligenciado con el sello fechador de ingreso, citado en el apartado d). Se devolverá asimismo un ejemplar del modelo C-2-TF y, cuando proceda, un ejemplar de la nómina de indemnizaciones por desempleo parcial, sellados todos ellos, en todos sus folios, por la Oficina Recaudadora.

Decimocuarto.—Las relaciones entre las Cajas de Ahorro Benéfico-Sociales designadas como Oficinas Recaudadoras y la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios se mantendrán exclusivamente a través de la oficina principal que en la provincia tenga cada una de aquellas. Esta oficina principal recibirá de las restantes sucursales o agencias de la provincia la documentación que en ellas haya sido presentada para su tramitación reglamentaria, abonando el importe de los ingresos en la cuenta recaudadora de la Mutualidad.

En las relaciones a que se refiere el párrafo anterior se utilizarán, con carácter único y obligatorio, los siguientes documentos:

— R-2-TF, «Factura-Liquidación», que remitirá, por duplicado, a la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, y que contendrá los «Líquidos a ingresar» que figuren en cada uno de los «Boletines de Cotización», modelo C-1-TF.

— A continuación relacionará las cantidades que por orden de la Mutualidad haya hecho efectivas a las Empresas como consecuencia de liquidaciones con saldo a favor de las mismas.

— R-3-TF, «Relación de facturas R-2-TF». Se extenderá por duplicado y en ellas se relacionarán los totales líquidos de las facturas R-2-TF. Las oficinas principales de las Cajas de Ahorros que lo deseen pueden incluir todos los ingresos de la provincia, en un solo modelo R-2-TF, sin distinción por sucursales o agencias, y prescindir de la cumplimentación del modelo R-3-TF.

— R-5-TF, «Extracto mensual de la cuenta recaudadora de la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, en el que se especificarán las operaciones de abono o cargo recogidas en el transcurso del mes, a fin de que pueda servir de comprobación de la situación de la cuenta a la Mutualidad. Las cantidades ingresadas por «Boletines de Cotización», modelo C-1-TF, serán reflejadas mediante una sola anotación por el importe de los ingresos que se deducen del correspondiente modelo «R». Este modelo se cursará dentro del plazo ordinario, aun cuando la cuenta no haya tenido movimiento.

Decimocinco.—Dentro de los quince primeros días naturales de cada mes, la oficina principal de la Caja de Ahorros, conforme a lo dispuesto en la norma precedente, notificará a la Mutualidad los ingresos percibidos durante el mes anterior, remitiendo la documentación siguiente:

A la Mutualidad, un ejemplar del modelo R-3-TF, con los modelos R-2-TF que en él se relacionan, salvo que se confeccione un solo R-2-TF por todos, a los que irán unidos un ejemplar de cada uno de los modelos C-1-TF y C-2-TF y, en su caso, de la nómina de indemnizaciones económicas de desempleo. Dos ejemplares del extracto de cuenta, modelo R-5-TF.

Decimosexto.—Como anexo a las presentes normas, se publican los modelos C-1-TF, C-2-TF, R-2-TF, R-3-TF y R-5-TF, que se imprimirán en papel de color anaranjado, en forma apaisada los modelos C-1-TF, C-2-TF y R-5-TF, y en forma vertical los modelos R-2-TF y R-3-TF.

El modelo C-1-TF tendrá un tamaño de 230 por 340 milímetros, y el modelo C-2-TF de 250 por 353 milímetros.

Los modelos R-2-TF, R-3-TF y R-5-TF tendrán un tamaño de 210 por 297 milímetros, siempre que las oficinas recaudadoras hayan de cumplimentarlos mecanográficamente. En aquellos casos en que las Oficinas Recaudadoras dispongan de servicios mecanizados para llevar a cabo las facturaciones, podrán confeccionar los indicados modelos en el tamaño que se adopte a sus máquinas, pero conservando rigurosamente el texto, disposición de columnas y color del papel.

Decimoséptimo.—A los efectos de disponibilidad de los fondos de la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, las Oficinas Recaudadoras han de tener en cuenta lo siguiente:

El movimiento de fondo de las cuentas recaudadoras sólo podrá ser ordenado por la Mutualidad, mediante órdenes de transferencia o de pago y siempre con la firma conjunta del Presidente de los Organos de Gobierno, la del Director y la del Interventor de la Institución, a quienes, en caso de ausencia o enfermedad, sustituirán, respectivamente, el Vicepresidente, el Secretario y el funcionario que de forma expresa se designe a tal efecto como suplente del Interventor.

Decimooctavo.—Las Delegaciones Provinciales de Mutualidades Laborales y las Mutualidades, en su caso, tienen facultades para ordenar transferencias de la cuenta receptora de cualquier Mutualidad a la que, también con carácter de receptora, tendrá abierta la Mutualidad Nacional de los Trabajadores Ferroviarios en una Caja de Ahorros Benéfico-Social de la provincia, cuando tenga por objeto exclusivamente subsanar errores de aplicación de «Boletines de Cotización». Análogamente, las Delegaciones Provinciales de Mutualidades Laborales y las Mutualidades, en su caso, quedan facultadas para ordenar transferencias de la cuenta receptora de una Mutua Patronal a la receptora de la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, abierta en una Caja de Ahorros, cuando tenga por objeto exclusivamente subsanar errores de aplicación relativos a la cotización del Régimen de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales.

Lo que comunico a VV. II, para su conocimiento y efectos. Dios guarde a VV. II.
Madrid, 26 de agosto de 1970.—El Director general, Enrique de la Mata.

Ilmos. Sres. Delegados generales del Servicio de Mutualidades Laborales y del Instituto Nacional de Previsión.

El modelo impreso tendrá tamaño 12 x 16, con dos cuerpos distintos en anverso. Reverso instrucciones.

Colores: Rojo y negro.

(Escudo nacional)

Número de afiliación

MINISTERIO DE TRABAJO
Instituto Nacional de Previsión
REGIMEN ESPECIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

Box for affiliation number with a diagonal slash.

AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL

Apellido 1.º

Nombre

Apellido 2.º

Hijo de y de sexo estado

nacido el en

(.....), nacionalidad

Documento Nacional de Identidad

Calle número

Localidad

MOD A-1-TF

Domicilio del trabajador

(Firma del trabajador)

(Firma y sello del I. N. P.)

Número de afiliación

FAMILIARES A CARGO DEL TRABAJADOR NUM.

Don

Box for affiliation number with a diagonal slash.

Small empty box.

| Parentesco | Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Prestaciones sanitarias | |
|------------|-------------------|---------------------|-------------------------|-------|
| | | | Desde | Hasta |
| | | | | |

(Reverso del modelo A-1-TF)

Solicito que la asistencia sanitaria me sea facilitada, si es posible, por uno de los siguientes facultativos que actúan para el Seguro de Enfermedad en la zona donde resido:

MEDICINA GENERAL

- 1.º Dr. D.
 2.º Dr. D.
 3.º Dr. D.

INSTRUCCIONES

- 1.º Este impreso se presentará por duplicado, cubriendo (a máquina o en la forma más clara posible) solamente los espacios impresos en negro, excepto número de afiliación cuando se trate de alta inicial.
- 2.º Los datos del dorso se cubrirán únicamente en el original.
- 3.º Cuando se utilice para comunicar variaciones de beneficiarios se dejarán en blanco los datos del cuerpo superior del anverso, a partir del destinado a consignar el «Médico general que posee asignado», presentándose junto con el documento de beneficiarios que tenga el trabajador.

Recibí la confirmación de Alta.

Fecha y sello del I. N. P.

- 4.º Las circunstancias que den derecho a la inclusión de familiares se acreditarán:
- EL PARENTESCO Y LA EDAD, con el Libro o Libros de Familia o, en su defecto, certificados del Registro Civil en extracto.
 - LA CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA, con certificado de la Alcaldía respectiva. No se incluirá la esposa si trabaja por cuenta propia o ajena.
 - LA INCAPACIDAD, con certificado médico, que será visado por la Inspección de Servicios Sanitarios.
- 5.º La Empresa que encuadre al trabajador suscribirá el «Comprobado y conforme» si en la documentación antes citada se acreditasen los datos que figuran en la declaración.
- 6.º Cuando en el documento de beneficiarios de Asistencia Sanitaria (cuerpo inferior del anverso), una vez diligenciado por el Instituto Nacional de Previsión, aparezca en blanco la columna «Hasta», se considerará que el vencimiento es indefinido, y si la que aparece en blanco es la columna «Desde», se entenderá que el comienzo del derecho a la prestación es inmediato.

COMPROBADO Y CONFORME,

(Firma y sello de la Empresa)

(Fecha y sello del Instituto Nacional de Previsión)

Modelo A-2-TF

El modelo y el impreso tendrán tamaño 12 x 18, en trepado especial. Anverso, dos cuerpos distintos, Reverso, instrucciones. Colores: Rojo, negro y azul.

(Escudo nacional)

PARTE DE ALTA EN EL REGIMEN

MINISTERIO DE TRABAJO
Mutualidad Nacional
de Trabajadores Ferroviarios
REGIMEN ESPECIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

Núm. de afiliación

Box for affiliation number with a diagonal slash.

Núm. D. N. I.:

Excluido de A. S. I.T. (1)

Alta del trabajador

Main form for worker registration with fields for: Apellido 1°, Apellido 2°, Nombre, Domicilio, Nombre de la Empresa, Médico general asignado, Grupo de cotización, Fecha de alta, Nombre del padre, Nombre de la madre, Fecha de nacimiento, Número Libro de matrícula, and Número patronal.

MOD. A-2-TF

(Firma y sello de la Empresa)

Núm. de afiliación

FAMILIARES A CARGO DEL TRABAJADOR NUM.

Don

Box for family affiliation number with a diagonal slash.

Table with 5 columns: Parentesco, Nombre y apellido, Fecha de nacimiento, Régimen de la prestación, and Protección a la familia (subdivided into Desde and Hasta).

(Reverso del modelo A-2-TF)

INSTRUCCIONES

- 1.º Este impreso se extenderá y presentará por duplicado.
- 2.º Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano dejando en blanco los espacios señalados en rojo.
- 3.º Cuando el trabajador carezca de número de afiliación, por no haber sido afiliado anteriormente a la Seguridad Social, se dejará en blanco el recuadro de «N.º de Afiliación» y se remitirá al I. N. P. el modelo A-1-TF y los correspondientes A-2 AS.
- 4.º Márquese con una X en el recuadro de la llamada (1), en caso de estar excluido de las contingencias de Asistencia Sanitaria e Incapacidad Laboral Transitoria.

Recibi el Alta (fecha y sello de la Mutuaidad o Delegación)

- 5.º Las circunstancias que den derecho a la inclusión de familiares se acreditarán:
 - a) EL PARENTESCO Y LA EDAD, con el Libro o Libros de Familia o, en su defecto, certificados del Registro Civil en extracto.
 - b) LA CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA, con certificado de la Alcaldía respectiva.—No se incluirá la esposa si trabaja por cuenta propia o ajena.
 - c) LA INCAPACIDAD, con certificado médico, que será visado por la Inspección de Servicios Sanitarios.
- 6.º La Empresa cubrirá los espacios a ella reservados, diligenciando la declaración en caso de conformidad. Para conformar el «valor promedio del punto en el primer Semestre de 1966», cuando proceda, el interesado deberá exhibir el documento visado por el I. N. P. que tenga en su poder.
- 7.º En Protección Familiar se pondrán «A» o «N», según que sean antiguas o nuevas prestaciones.

VALOR PROMEDIO PUNTO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 1966 (a cubrir por la Empresa)

(en letras)

COMPROBADO Y CONFORME.

(Firma y sello de la Empresa)

(Fecha y sello de la Mutuaidad o Delegación)

Modelo A-3-IF

El modelo tendrá tamaño 12 x 8, pero se imprimirá en tamaño 12 x 16 por tener dos cuerpos iguales. Anverso y reverso iguales con trepado especial para doblar y confeccionar a la vez original y duplicado. Colores: Rojo y negro.

(Escudo nacional)

MINISTERIO DE TRABAJO
Mutualidad Nacional
de Trabajadores Ferroviarios
REGIMEN ESPECIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

PARTE DE BAJA EN EL REGIMEN

N.º de afiliación

Núm. D. N. I.

Excluido de A.S.I.L.T.

Baja del trabajador

Apellido 1.º:

Apellido 2.º:

Nombre:

Domicilio (calle, número y localidad):

Nombre de la Empresa:

Número patronal:

Causa de la baja:

(Firma y sello de la Empresa)

Grupo de cotización:

Fecha de la baja:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Fecha de nacimiento:

Núm. Libro de Matricula:

MOD. A-3-IF

Recibí la Baja:

(Fecha y sello de la Mutualidad)

2.º Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas, tipo imprenta si se extiende a mano.

1.º Este impreso se extenderá y presentará duplicado.

INSTRUCCIONES

El modelo tendrá tamaño 12 x 8, pero se imprimirá en tamaño 12 x 16 por tener dos cuerpos iguales.
 Anverso y reverso iguales con trepado especial para doblar y confeccionar a la vez original y duplicado.
 Colores: Rojo y negro.

(Escudo nacional)

PARTE DE BAJA EN EL REGIMEN

MINISTERIO DE TRABAJO
 Mutualidad Nacional
 de Trabajadores Ferroviarios
 REGIMEN ESPECIAL
 DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

N.º de afiliación

Núm. D. N. I.

Excluido
 de AS-I. L. T.

Baja del trabajador

Apellido 1.º:

Apellido 2.º:

Nombre:

Domicilio (calle, número y localidad):

Nombre de la Empresa:

Número patronal:

Causa de la baja:

(Firma y sello de la Empresa)

Grupo de cotización:

Fecha de la baja:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Fecha de nacimiento:

Núm. Libro de Matrícula:

MOD. A-3-TF

(Fecha y sello de la Mutualidad)

Recibi la Baja:

2.º Contarse a máquina o con letra mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano.

1.º Este impreso se extenderá y presentará duplicado.

INSTRUCCIONES

(Reverso del modelo A-3-TF)

Modelo A-6-TF

Se imprimirá en tamaño folio doble.

En el anverso de la primera hoja figurará la inscripción de Empresa en el Régimen Especial, reverso en blanco.

En el anverso de la segunda hoja, la inscripción en el Régimen de Accidentes de Trabajo, y en el reverso de la segunda hoja, los recuadros necesarios para Tarificación según contingencias.

Las tintas serán roja y negra.

Las medidas de la impresión son 280 x 178.

(Escudo nacional)

(Anverso de la 1.ª hoja, Reverse en blanco)

MINISTERIO DE TRABAJO

MUTUALIDAD NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES FERROVIARIOS

Núm. de Inscripción Nacional /68

1. INSCRIPCIÓN DE EMPRESA EN LA MUTUALIDAD NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES FERROVIARIOS
2. INCLUSIÓN OBLIGATORIA EN LA EXPRESADA MUTUALIDAD NACIONAL A EFECTOS DE LA PROTECCIÓN DE LAS CONTINGENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

A los dos fines expresados, preséntese, por duplicado, en la Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios, dejando en blanco el volante de Baja de la parte inferior. La Mutualidad Nacional devolverá una copia tarificada y sellada como resguardo. La modificación de cualquier dato de esta inscripción debe comunicarse por carta a la Entidad en que fué presentada en los diez días naturales siguientes a la fecha en que se produzca.

| | | | | |
|--|---|--|-----------|--------------|
| Nombre o razón social | | | | |
| Domicilios | Legal: Calle | Número | Localidad | Dist. Postal |
| | Centro de trabajo | | | |
| Representante legal: Don _____ como _____ (Director, Gerente, Apoderado, etc.) | | | | |
| Clave actividad económica | | | Sindicato | |
| Alta | Fecha | Recibi el Alta (Fecha y sello de la Mutualidad) | | |
| Número inicial de trabajadores | Causa | | | |
| | Firma del representante legal Número del Documento Nacional de Identidad | | | |
| Resguardo de Baja | Fecha | Recibi la Baja (Sello de la Mutualidad) | | |
| | Causa | | | |

VOLANTE DE BAJA DEFINITIVA

Preséntese en la Mutualidad unido a todo el impreso cuando la baja sea definitiva, utilizando el resguardo de la inscripción efectuada o, en su defecto, extendiendo un ejemplar.

Para las bajas temporales y reanudación de actividades, basta con formular parte de baja o alta de los trabajadores.

Número de Inscripción Nacional

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|---|
| Nombre o razón social | (Firma del representante legal) | Entrada (Fecha y sello de la Mutualidad) |
| Fecha de la baja | | |
| Causa | | |

(Anverso de la 2.ª hoja)

| | | |
|---|-----------|-----------|
| MUTUALIDAD NACIONAL SEGURIDAD SOCIAL TRABAJAD. FERROVIARIOS | | Provincia |
| Empresa (razón social para las Sociedades, apellidos y nombre para las individuales) | | Actividad |
| Domicilio | Localidad | Teléfono |
| D. _____ con D. N. I. _____ en calidad de Consejero, Director, propietario, etcétera. | | |

Solicita de la Mutualidad arriba citada y en nombre de la Empresa antes consignada la inclusión en el Régimen de Accidentes de Trabajo, haciendo constar que los datos que a continuación se detallan son exactos:

1. Situación de los trabajos. (Enumérense por conceptos, desglosándolos cuando comprendan más de un trabajo. Si se trata de construcciones, indíquese la obra inicial.)

| Obras o trabajo objeto de la protección | Centro de trabajo | Número de trabajadores | Salarios mensuales aproximados |
|---|-------------------|------------------------|--------------------------------|
| Personal superior y técnico.—Personal administrativo. Personal de Estaciones.—De trenes.—De máquinas.—Sección de Material y Móvil.—De Material Fijo.—Enclavamiento y Talleres de Vías y Obras. Personal de Talleres de Depósitos.—Resto personal de Depósitos.—Personal de Talleres y Material Fijo. Personal de Vías y Obras. Secciones Eléctricas y Electrificados. Personal de Suministros. Personal subalterno. | | | |

2. ¿Autoasegurará la Empresa la Incapacidad Laboral Transitoria? (Contéstese «sí» o «no».)

Si la Empresa ha sido autorizada por la Dirección General de Seguridad Social para autoasegurar la Incapacidad Laboral Transitoria, consígnese la fecha de la autorización.

3. ¿A efectos del Régimen de Accidentes de Trabajo, está incluida la Empresa en alguna otra Mutualidad Laboral y para qué trabajos?

4. Circunstancias especiales de los trabajos (especificúense las que concurren en los trabajos objeto de cobertura):

- ¿Por la naturaleza de los trabajos pueden producirse gas, emanaciones, etc?
- ¿Existe en el centro de trabajo ambiente pulvigeno?
- ¿Ha tenido alguno de sus trabajadores accidentes calificados de enfermedad profesional? («Sí» o «No»)
- ¿Se emplean en los trabajos materias explosivas, inflamables, tóxicas, ácidas o cáusticas? (En caso afirmativo, detallarlas y explicar la razón de su uso)
- ¿Están incluidas las actividades de la Empresa en el cuadro de enfermedades profesionales? (Dígase, en su caso, la clase o clases de enfermedad profesional)

5. Otras declaraciones particulares o ampliación de datos de la Empresa.

..... a de de 19.....

(Firma y sello de la Empresa)

(Reverso de la 2.ª hoja)

(A cumplimentar por la Entidad mutualista toda la página)

| | | |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Registro de Entrada | Informe de inscripción de Empresa | Registro de Salida |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------|

TARIFACION

| Epígrafe | Número funcional | Descripción de los trabajos según tarifas | Grupo | Tipo % para | | TOTAL — % |
|----------|------------------|---|-------|------------------------|-----|-----------------|
| | | | | Incapacidad laboral | IPM | |
| | | | | | | |

| Visados de tarificación | |
|---------------------------|----|
| A. G. | S. |
| | |
| Visado de inclusión en AT | |

La Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de los Trabajadores Ferroviarios acepta la presente solicitud de inclusión en el Régimen de Accidentes de Trabajo, que tendrá efecto inicial a partir de las cero horas del día de de 19....., en las condiciones que determina el vigente Reglamento, fijando para ello los porcentajes de cotización que han quedado reseñados en la tarificación.

..... a de de 19.....

(Firma y sello de la Mutualidad)

El modelo tendrá tamaño 12 x 18. Anverso, dos cuerpos distintos. Reverso, instrucciones.
Colores: Rojo, negro y azul.

(Escudo Nacional)

MINISTERIO DE TRABAJO
Mutualidad Nacional de Trabajadores Ferroviarios
REGIMEN ESPECIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

CONFIRMACION DE ALTA A EFECTOS A. S.

Número de afiliación

| | |
|---|--|
| / | |
|---|--|

Número D. N. I.

Alta del trabajador

| | | |
|--|---------------------------|-------------------------------|
| Apellido 1.º | Apellido 2.º | Nombre |
| Domicilio (calle, número y localidad) | | |
| Nombre de la Empresa y centro de trabajo | | Número patronal |
| Médico general que posea asignado | | (Firma y sello de la Empresa) |
| Grupo de cotización | Fecha de alta | |
| Nombre del padre | Nombre de la madre | |
| Fecha de nacimiento | Número Libro de Matricula | |

MOD. A-2-AS

(Escudo nacional)

MINISTERIO DE TRABAJO
Mutualidad Nacional de Trabajadores Ferroviarios
REGIMEN ESPECIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

CONFIRMACION DE ALTA A EFECTOS A. S.

Número de afiliación

| | |
|---|--|
| / | |
|---|--|

Número D. N. I.

Alta del trabajador

| | | |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|
| Apellido 1.º | Apellido 2.º | Nombre |
| Domicilio (calle, número y localidad) | | |
| Grupo de cotización | Fecha de alta | Número patronal |

Recibí el alta
(Fecha y sello del I. N. P.)

B
C

| | |
|--|--|
| | |
| | |

(Véanse instrucciones al dorso.)

(Reverso del modelo A-2-AS)

INSTRUCCIONES

- 1.º Este impreso se extenderá y presentará por triplicado.
- 2.º Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano.

Modelo A-3-AS

El modelo tendrá tamaño 12 x 8, aunque se imprimirá en tamaño 12 x 16. Con anverso y reverso iguales, puesto que irán con trepado especial para doblar, y que se confeccionen a la vez con papel de calco, original y duplicado.
Colores: Rojo y negro.

| | | | | |
|---|------------------|--|-------------------------------|--|
| (Escudo nacional) | | CONFIRMACION DE BAJA A EFECTOS A. S. | | |
| MINISTERIO DE TRABAJO | | Número de afiliación | | |
| Mutualidad Nacional de Trabajadores Ferroviarios | | <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| REGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES FERROVIARIOS | | <input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| CONFIRMACION DE BAJA A EFECTOS A. S. | | | | |
| Baja del trabajador | | | Número D. N. I. | |
| Apellido 1.º | Apellido 2.º | Nombre | | |
| Domicilio (calle, número y localidad) | | | | |
| Nombre de la Empresa | | Número patronal | | |
| Médico general asignado | | | (Firma y sello de la Empresa) | |
| Grupo de cotización | Fecha de la baja | Causa de la baja | | |
| Nombre del padre | | Nombre de la madre | | |
| Fecha de nacimiento | | Número Libro de Matrícula | | |

MOD. A-3-AS

| | | | |
|---|------------------|--|-----------------|
| (Escudo nacional) | | CONFIRMACION DE BAJA A EFECTOS A. S. | |
| MINISTERIO DE TRABAJO | | Número de afiliación | |
| Mutualidad Nacional de Trabajadores Ferroviarios | | <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | |
| REGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES FERROVIARIOS | | <input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/> | |
| CONFIRMACION DE BAJA A EFECTOS A. S. | | | |
| Baja del trabajador | | | Número D. N. I. |
| Apellido 1.º | Apellido 2.º | Nombre | |
| Domicilio (calle, número y localidad) | | | |
| Médico general asignado | | Número patronal | |
| Grupo de cotización | Fecha de la baja | Causa de la baja | |
| Recibí la baja (Fecha y sello del I. N. P.) | | B | C |
| | | (Véanse instrucciones al dorso.) | |

(Reverso del modelo A-3-AS)

INSTRUCCIONES

- 1.º Este impreso se extenderá y presentará por duplicado.
- 2.º Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano.

El modelo se hará apaisado y tendrá un tamaño de 230 x 340, siendo de color anaranjado.
 Impresión: Las medidas de la impresión serán 327 x 219, rayados a un solo color en tinta negra y con retirado.
 Color: Negro.

16944

(Escudo nacional)
MINISTERIO DE TRABAJO
MUTUALIDAD NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

BOLETIN DE COTIZACION AL REGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

Núm. de inscripción en la Mutualidad

| |
|----------------------------|
| Empresa |
| Domicilio (calle y número) |
| Localidad y provincia |

Mes Año

| |
|-----------|
| Actividad |
| Sindicato |

| |
|--------|
| Claves |
|--------|

Régimen Especial (Decreto 1496/1967, de 6 de julio)

Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

MOD. C-1-TF

| Mod. C-2 | Conceptos | | Número de trabajadores | Bases de cotización | % | Importe cuotas | Epigrafe | Porcentaje por | | Bases de cotización | Importe primas | | |
|----------|-------------|---|------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|----------------|----------|---------------------|----------------|----------|-------|
| | Col. | Gru. | | | | | | I. L. T. | L. P. M. | | I. L. T. | I. P. M. | Total |
| | POR TARIFA: | | | | | | | | | | | | |
| 8 | A | Incluidos en todas las contingencias | | | 50 | | | | | | | | |
| 8 | B | Excluidos de A.S. e I.L.T. | | | 33 | | | | | | | | |
| | | Sumas | | | | | | | | | | | |
| | | Cuota sindical s/ suma bases anterior | | | 1,80 | | | | | | | | |
| | | Formación profesional s/ suma bases anterior | | | 0,80 | | | | | | | | |
| | | Dif. consolidadas o mejoradas | Bases | % | Cuotas parciales | | | | | | | | |
| 9 | A | A. sanitaria | | 15 | | | | | | | | | |
| 10 | A | I. L. T. e I. provisional | | 2,40 | | | | | | | | | |
| 10 | B | I. provisional | | 0,40 | | | | | | | | | |
| 11 | A-B | Desempleo | | 3,20 | | | | | | | | | |
| 12 | A-B | Invalidez permanente y muerte y supervivencia.— Vejez nivel mínimo y complementario | | 14 | | | | | | | | | |
| | | Sumas | | | | | | | | | | | |
| | | Recargo por mora | 10 | | | | | | | | | | |
| | | — % sobre cuotas | 20 | | | | | | | | | | |
| | | Suma | | | | | | | | | | | |
| | | 0,25 % riesgos catastróficos s/ primas I. P. M. | | | | | | | | | | | |
| | | Suma | | | | | | | | | | | |
| | | Recargo por mora | 10 | | | | | | | | | | |
| | | — % s/ primas | 20 | | | | | | | | | | |
| | | Suma | | | | | | | | | | | |

25 octubre 1970

B. O. del E.—Núm. 247

| | | | |
|---|--|----------------------------|---|
| | | | |
| A DEDUCIR POR PAGO DE PRESTACIONES: | | | |
| 15 | A-B Prot. fam.—Antiguas prestaciones | | |
| 16 | A-B Prot. fam.—Nuevas prestaciones | | |
| 17 | A I. L. T. por enfermedad-maternidad | | |
| | Desempleo parcial | | |
| | A DEDUCIR POR TALONES DE DEVOLUCIÓN | | |
| | LÍQUIDO MUTUALIDAD | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Fecha de de 197...</p> <p style="text-align: center;">(Firma y sello de la Empresa)</p> </div> | | | |
| A DEDUCIR: | | | |
| I. L. T. por accidente de trabajo o enfermedad profesional (col. 19 del C-2) | | | |
| Talones de devolución a favor de la Empresa | | | |
| Líquido Mutualidad | | | |
| RESUMEN: | | | |
| | | Líquidos Mutualidad | |
| | | Deudores Acreedores | |
| | Régimen especial (D. 1495/67) | | (Sello fechor de ingreso en la oficina recaudadora) |
| | Reg. Acc. Trab. y Enf. Prof. | | |
| | Totales | | |
| | Líquido a { Ingresar. [] | | |
| | { Percibir. [] | | |
| Sentado en factura de recaudación al número | | | |

(Reverse del modelo C-1-TF)

**A CUBRIR EN EL SUPUESTO DE DIFERENCIA
A FAVOR DE LA EMPRESA**

Cobro por Banco

Abonar a

en

mediante

El modelo se hará apaisado y tendrá un tamaño de 250 x 353, siendo de color anaranjado.
 Impresión: Las medidas de la impresión serán 342 x 240, rayados a un solo color en tinta negra y con retirado.
 Color: Negro.

(Escudo nacional)
MINISTERIO DE TRABAJO
MUTUALIDAD NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DE TRABAJADORES FERROVIARIOS

RELACION NOMINAL DE TRABAJADORES

Número de inscripción en la Mutualidad

Empresa:

Domicilio:

Mes Año Hoja n°

| Número de afiliación del trabajador | Apellidos y nombre | Fecha de alta o baja | Días permanentes en alta | Salario base inicial, más antigüedad | Categoría profesional | Grupo de tarifa | Bases de cotización | | | | | | Prestaciones económicas pagadas por | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|--|---|----------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | | Por tarifa | Por diferencias | | | Acc. de Trab y Enf. Prof. | Protección a la Familia | | Incapacidad Laboral Transitoria | | | | | |
| | | | | | | | | Consolidadas para asistencia sanitaria | Consolidadas y mejoradas Para I.L.T. e IP | Para Desempleo | | Para Mutualidad | Edificarse | Importe bases | Antiguas prestaciones | Nuevas prestaciones | Enfermedad maternidad | Acc. Trabajo Profesional | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | |
| <i>Suma y sigue</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16846
15 octubre 1970
B. O. del E. - Núm. 247

| Número de afiliación del trabajador | Apellidos y nombre | Fecha de alta o baja | Días permanencia en alta | Salario base inicial, más antigüedad | Categoría profesional | Grupo de tarifa | Bases de cotización | | | | | Prestaciones económicas pagadas por | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------|--|-----------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|----------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|------|-------------------------------|
| | | | | | | | Por tarifa | Por diferencias | | | Acc. de Trab y Enf. Prof. | Protección a la Familia | | Incapacidad Laboral Transitoria | | | | | |
| | | | | | | | | Consolidadas para asistencia sanitaria | Para H.T. e IP. | Para Desempleo | | Para Mutua- lidad | Epigrate | Importe Bases | Antiguas Prestaciones | Nuevas Prestaciones | Enfermedad Maternidad | Días | Acc. Trabajo Enf. Profesional |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | |
| Sumas anteriores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Diligencias de la Entidad gestora

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Número de trabajadores que permanece en alta al final del mes a que se refiere la liquidación

| |
|--|
| |
|--|

(Firma y sello de la Empresa).

Modelo R-2-TF

El modelo se hará en vertical y tendrá un tamaño de 210 x 297, siendo de color anaranjado.
 Impresión: Las medidas de la impresión serán 279 x 184, rayados a un solo color en tinta negra y sin retirado.
 Color: Negro.

**FACTURA LIQUIDACION DE INGRESOS LIQUIDOS PARA LA MUTUALIDAD NACIONAL DE LA
 SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES FERROVIARIOS**

| Oficina Recaudadora | Relación n.º | MUTUALIDAD NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADORES FERROVIARIOS | Mes | Visados |
|---------------------|--------------|---|-------------------|---------|
| | | | Año | |
| | Hoja n.º | | | |
| Número de orden | Empresas | | Ingresos líquidos | |
| | | | | |

Modelo R-3-TF

El modelo se hará en vertical y tendrá un tamaño de 210 × 297, siendo de color anaranjado.
 Impresión: Las medidas de la impresión serán 275 × 185, rayados a un solo color en tinta negra y sin retirado.
 Color: Negro.

RELACION DE FACTURAS R-2

| R-3-TF | Oficina recaudadora | Mes | Visados |
|---|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | Año | |
| Abonado en cuenta a Mutualidad Nacional de la Seguridad Social de Trabajadores Ferroviarios | | | |
| Relación de números | Oficina Recaudadora | Ingresos líquidos | Número de Empresas |
| 1 | Oficina Recaudadora Principal. | | |
| 2 | Agencia. | | |
| 3 | Agencia. | | |
| 4 | Agencia. | | |
| 5 | Agencia. | | |
| 6 | Agencia. | | |
| 7 | Agencia. | | |
| 8 | Agencia. | | |
| 9 | Agencia. | | |
| 10 | Agencia. | | |
| 11 | Agencia. | | |
| 12 | Agencia. | | |
| 13 | Agencia. | | |
| 14 | Agencia. | | |
| 15 | Agencia. | | |
| 16 | Agencia. | | |
| 17 | Agencia. | | |
| 18 | Agencia. | | |
| 19 | Agencia. | | |
| 20 | Agencia. | | |
| 21 | Agencia. | | |
| 22 | Agencia. | | |
| 23 | Agencia. | | |
| 24 | Agencia. | | |
| 25 | Agencia. | | |
| 26 | Agencia. | | |
| 27 | Agencia. | | |
| 28 | Agencia. | | |
| 29 | Agencia. | | |
| 30 | Agencia. | | |
| 31 | Agencia. | | |
| 32 | Agencia. | | |
| 33 | Agencia. | | |
| 34 | Agencia. | | |

