A LA ATENCIÓN DE:

☐ Gerencia de Atención Primaria
☐ Gerencia de Atención Especializada – Área I
☐ Gerencia de Atención Especializada – Área II
☐ Gerencia de Atención Especializada – Áreas III y IV

D./D.ª _____
DNI nº _____
Domicilio a efectos de notificaciones: _____
Teléfono de contacto: _____

RECLAMACIÓN DE ABONO DEL COMPLEMENTO DE ATENCIÓN CONTINUADA DURANTE SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL PERIODOS RECLAMADOS:

Desde _____ hasta _____. Desde _____hasta _____.

EXPONE:

Que durante los periodos arriba indicados he permanecido en situación de Incapacidad Temporal, encontrándome en activo como personal estatutario del Servicio Cántabro de Salud, con derecho al abono íntegro de las retribuciones complementarias, incluida la atención continuada en sus modalidades A, B y C.

Que la naturaleza jurídica del Complemento de Atención Continuada (CAC) ha sido determinada por el Tribunal Supremo, estableciendo que no tiene carácter contingente ni voluntario, sino que forma parte de la estructura retributiva ordinaria del personal estatutario.

Que el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 31 de octubre de 2018, publicado en el BOC de 23/11/2018, en sus apartados segundo y quinto, acuerda la universalización de la percepción de retribuciones completas en los casos de Incapacidad Temporal, independientemente de la causa.

Que dicho acuerdo fue adoptado en el marco de la Mesa General de Negociación del artículo 36.3 del EBEP, con el objetivo de garantizar el 100 % de las retribuciones durante los periodos de baja médica.

Que si bien la Administración se ampara en el artículo 61.1.d) de la Ley 9/2010, que establece que “el complemento de atención continuada estará vinculado a la efectiva realización de la actividad que retribuye, por lo que no será susceptible de resultar abonado en situación de Incapacidad Temporal”, esta previsión debe entenderse superada por el acuerdo posterior del Consejo de Gobierno y la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo.

En consecuencia,

SOLICITA:

Que se proceda al abono de las retribuciones complementarias correspondientes al complemento de atención continuada (CAC), en sus modalidades A, B y C, durante los periodos en los que he permanecido en situación de Incapacidad Temporal, de conformidad con la jurisprudencia vigente y los acuerdos adoptados por los órganos competentes, por ser de justicia en ……, a……de…….de 2025

Firma: