

PRESTACIÓN POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO



- ¿Qué es el riesgo durante el embarazo?

Es la situación en la que se encuentra la trabajadora durante el periodo de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo, cuando debiendo cambiar de puesto de trabajo, por influir este negativamente en su salud o en la del feto, a otro compatible con su estado, dicho cambio no resulte posible o no pueden exigirse por motivos justificados.

- ¿Qué trámites se deben realizar?

La trabajadora deberá comunicar a la Entidad gestora o Mutua de AT y EP la suspensión del contrato o actividad por riesgo durante el embarazo, acompañando: Informe del médico del Servicio Público de Salud que la asiste

Declaración de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia, sobre los trabajos y actividades realizadas, condiciones del puesto de trabajo, categoría, riesgo específico...

Los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua emitirán certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto.

La trabajadora presentará la solicitud, según modelo oficial, a la que acompañará, además de los documentos indicados anteriormente:

Declaración de la empresa sobre inexistencia de otro puesto compatible con el estado de la trabajadora.

La documentación necesaria para acreditar la identidad y las circunstancias determinantes del derecho.

- ¿Dónde se tramitan?

La solicitud y documentación indicada puede presentarse en cualquiera de los Centros de la Entidad Gestora (INSS o ISM) de la provincia en que resida la interesada, dictará y notificará la resolución a la interesada en el plazo de 30 días.

- ¿Cuándo se inicia la prestación?

Trabajadoras por cuenta ajena: El derecho nace el mismo día en que se inicia la suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo.

Trabajadoras por cuenta propia: El día siguiente a aquel en que se emite el certificado por los servicios médicos de la Entidad gestora o de la Mutua.

INFORMACIÓN GENERAL



- OBJETO:

La prestación económica trata de cubrir la pérdida de rentas que se produce, durante el período de suspensión del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo, cuando la trabajadora debiendo cambiar de puesto de trabajo o de actividad por otro compatible con su estado, no resulte técnica u objetivamente posible dicho cambio o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados

- Beneficiarios/Requisitos:

Las trabajadoras por cuenta ajena o propia en situación de suspensión del contrato de trabajo o de interrupción de su actividad profesional por riesgo durante el embarazo, que cumplan los requisitos exigidos:

Estar afiliadas y en alta

Estar al corriente en el pago de las cuotas de las que sean responsables directas.

- Cuantía:

Subsidio equivalente al 100% de la base reguladora correspondiente, que será la establecida para la prestación de IT derivada de las contingencias profesionales.

Al efectuarse el pago, se deducirán los importes por cotizaciones a la Seguridad Social y las retenciones por IRPF.

- Duración /Extinción:

El derecho al subsidio nace desde el mismo día que se inicia la suspensión del contrato de trabajo o el permiso por riesgo durante el embarazo, se abonará durante el tiempo que sea necesario para la protección de la salud de la trabajadora embarazada y/o del feto y finalizará el día anterior al de inicio del descanso por maternidad o el de reincorporación al puesto de trabajo.

El derecho se extingue:

Trabajadoras por cuenta ajena: Por suspensión del contrato de trabajo por maternidad; por reincorporación al puesto de trabajo anterior o a otro compatible con su estado; por extinción del contrato de trabajo por causas legales; por interrupción del embarazo; por fallecimiento.

Trabajadoras por cuenta propia: Por inicio del descanso por maternidad; por reanudación de su actividad profesional; por causar baja en el Régimen Especial de la Seguridad Social; por interrupción del embarazo; por fallecimiento.

- Anulación/Suspensión:

Actuar fraudulentamente para obtener o conservar el subsidio

Realizar cualquier trabajo o actividad, por cuenta ajena o propia, salvo en los supuestos de pluriactividad.



FEDERACION DE TRABAJADORES DE SEGURIDAD PRIVADA DE MADRID

VALLEHERMOSO - 78. 3 PLANTA – MADRID 28015 TEL 91-5.98.63.30 Web
www.ftspusomadrid.com mail asindical@ftspusomadrid.com

- Documentación:

Se aportarán los documentos necesarios para la acreditación de la identidad y de las circunstancias determinantes del derecho.

- Dónde tramitarlo:

La solicitud y documentación necesaria deberá dirigirse a cualquiera de los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social de la Entidad Gestora o, en su caso, a la Mutua de AT y EP.

- Entidad competente:

La gestión y el pago de la prestación corresponden a la Dirección Provincial de la Entidad gestora (INSS o ISM) en la que tenga su domicilio la interesada, o a la Mutua de AT y EP, en función de la Entidad que cubra los riesgos profesionales.

- Plazos:

El Director provincial de la Entidad gestora de la provincia en que tenga su domicilio la interesada dictará resolución expresa y se la notificará a la misma en el plazo de 30 días.

El derecho al reconocimiento de la prestación prescribe a los 5 años, contados desde el día siguiente al del hecho causante, sin perjuicio de que los efectos se produzcan a partir de los 3 meses anteriores a la fecha de la solicitud.

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. DATOS PERSONALES.- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD.- Cruce con un aspa la prestación que solicita. Consigne la fecha que proceda.

3. OTROS DATOS.

3.1 DATOS FISCALES. Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo I 45 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (art. 82 del Reglamento del IRPF), que se adjunta a esta solicitud.

En el caso de no optar por elegir un tipo voluntario de retención del I RPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

3.2 LA ELECCIÓN DE LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.

U.S.O. INFORMACIÓN



FEDERACION DE TRABAJADORES DE SEGURIDAD PRIVADA DE MADRID

VALLEHERMOSO - 78. 3 PLANTA – MADRID 28015 TEL 91-5.98.63.30 Web www.ftspusomadrid.com mail asindical@ftspusomadrid.com

U.S.O. INFORMACIÓN

3.3 EL DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibir las en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.

3.4 LA INFORMACIÓN TELEMÁTICA sólo debe cumplimentada si desea recibir información por estos medios.

4. ALEGACIONES.- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

5. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.- Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.

Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

Modelos de Documentos en Miniatura puedes bajar los originales desde la sección de la Web Igualdad



SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

DATOS DE LA SOLICITANTE		DNI - NIE - pasaporte	
Apellidos y nombre		Número / Letras / Letras / Letras	
Domicilio		Código postal	
Localidad		Provincia	
Teléfono de contacto		Número de la Seguridad Social / Profesional / Grupo de cotización	

DATOS DE LA EMPRESA (Cumplimentar sólo en el caso de trabajadoras por cuenta ajena)		Código de Cuenta de Cotización (CCC)	
Nombre o razón social		Número / Letras / Letras / Letras	
Domicilio		Código postal	
Localidad		Provincia	
Teléfono de contacto		Número de la Seguridad Social	

Para tramitar la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, SOLICITA: la preceptiva **CERTIFICACIÓN MÉDICA**, expedida por los servicios médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la que se acredite que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud y/o la del feto o hijo y, por tanto, existe Riesgo durante el embarazo Riesgo durante la lactancia natural

Fecha: _____ de _____ de 20__

APORTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

EMBARAZO: Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud sobre embarazo y fecha probable del parto.

LACTANCIA NATURAL: Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural.

EMBARAZO Y LACTANCIA NATURAL:

- Trabajadora por cuenta ajena: Declaración empresarial sobre situación de riesgo, así como un informe, si lo hubiera, del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo.
- Trabajadora por cuenta propia: Declaración de riesgo sobre la actividad desarrollada, así como sobre la inexistencia de un trabajo o actividad compatible con su estado.

Este solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconoce, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, verificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 3 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14).

Sr./Sra. Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de _____



DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS DE LA EMPRESA		DNI - NIE - pasaporte		Cargo en la empresa	
D/C*		Número / Letras / Letras / Letras		Código de Cuenta de Cotización (CCC)	
Nombre o razón social		Número / Letras / Letras / Letras		Código postal	
Domicilio		Código postal		Teléfono	
Localidad		Provincia		Número de la Seguridad Social	

2. DATOS DE LA TRABAJADORA		DNI - NIE - pasaporte	
Apellidos y nombre		Número / Letras / Letras / Letras	
<input type="checkbox"/> Trabajadora C.ajena <input type="checkbox"/> Socia trabajadora <input type="checkbox"/> Empleada de hogar fija		Número de la Seguridad Social	

DECLARA
1.- Que realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son _____
2.- Que su categoría profesional es la de _____
3.- Que el riesgo específico durante el embarazo o la lactancia natural, es de: _____
4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de las que SI NO figuran como eventos de riesgo en la relación de puestos de trabajo⁽¹⁾ que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores.

(1) Adjuntarla en caso de disponer de ella.

Srta. Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de _____

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR

1.- Acreditación de identidad del interesado mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españolas: Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeras:
- Número de identificación de extranjero (NIE) y pasaporte o documento/carta de su país (UE, EEE y Suiza).
- Tarjeta de identidad de extranjero (TIE), resto de países.



PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR Y FOTOCOPIAS COMPULSADAS O COPIA PARA PROCEDER A SU COMPULSA

DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA COTIZACIÓN:

- Trabajadora por cuenta ajena del Régimen General:

Certificación de empresa debidamente cumplimentada.

- Trabajadora por cuenta ajena del Régimen Especial Agrario: Certificado de empresa, cumplimentado conforme al Te 2/8 del mes anterior al inicio de la suspensión del contrato de trabajo y justificantes de

Pago de los tres últimos meses (*Te 1/9*).

- Para las Artistas y Profesionales Taurinas declaración de actividades (*Te 4/6*) y justificantes de actuaciones (*Te 4/5*) que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.

- Trabajadora por cuenta propia: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses.

- Representantes de Comercio: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (*Te 1/3*).

DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RIESGO

3.- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que la asiste. (1)

4.- Certificación médica expedida por los Servicios médicos de id Entidad Gestora, en función de la Entidad con la que la empresa, o las trabajadoras por cuenta propia, tengan concertada la cobertura de los riesgos profesionales, en la que quede acreditado, en el caso de "riesgo durante el embarazo", que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto y, en el caso de "de riesgo durante la lactancia natural", que las condiciones de trabajo influyen negativamente en la salud de la mujer o del hijo.

5.- Declaraciones de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia(2)

.. Trabajos y actividades realizadas por la trabajadora, condiciones del puesto de trabajo, categoría y riesgo específico.

.. Inexistencia de otro puesto compatible con su estado

OTRA DOCUMENTACIÓN:

6.- Declaración de situación de actividad, sólo para las trabajadoras del Régimen Especial de Trabajadores

Autónomos.

7. • Libro de familia, para la prestación de "riesgo durante la lactancia natural".

(1) No será necesaria su presentación cuando la certificación médica, que acredite el riesgo, haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

(2) En caso de socias de sociedades cooperativas o laborales, la declaración se emitirá. por el gerente o administrador- de la sociedad.

En el caso de trabajadoras integradas en el Régimen Especial de Empleados de Hogar, la declaración la emitirá el responsable del hogar familiar



FEDERACION DE TRABAJADORES DE SEGURIDAD PRIVADA DE MADRID

VALLEHERMOSO - 78. 3 PLANTA – MADRID 28015 TEL 91-5.98.63.30 Web
www.ftspusomadrid.com mail asindical@ftspusomadrid.com

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 2861/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art 7.13 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contado desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 3 ó 4 y 5: si la petición se ha instado por la propia trabajadora se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los art 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-I-1-92 Y 14-1-99). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.

Documento 6: la falta de presentación, en el plazo máximo indicado en el mismo, producirá la suspensión en el inicio del pago de la prestación.

- Documentos restantes: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art 80 de la citada Ley 30/1992.

RECUERDE:

Si se produjera la extinción de la relación laboral, deberá comunicarlo a esta Dirección Provincial por tratarse de una de las causas de extinción de la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, al objeto de evitar percepciones indebidas de la misma ..

En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

Asimismo, cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como de su domicilio, mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAI SS) de este Instituto, más cercano a su domicilio.

www.seg-social.es

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO

Para Internet: NO OLVIDE IMPRIMIR DOS COPIAS Y CONSERVAR UNA DE VEZ PRESENTADA y REGISTRADA

U.S.O. INFORMA



FEDERACION DE TRABAJADORES DE SEGURIDAD PRIVADA DE MADRID

VALLEHERMOSO - 78. 3 PLANTA – MADRID 28015 TEL 91-5.98.63.30 Web www.ftspusomadrid.com mail asindical@ftspusomadrid.com

U.S.O. INFORMIA

Miniaturas de los Modelos que debes descargar y Complementar para solicitar la prestación por embarazo de riesgo o Lactancia Natural

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACION SEGURIDAD SOCIAL

A COMPLEMENTAR POR LA ADMINISTRACION

Fecha y hora: _____

Colección de identificación de la expediente: _____

Fecha de emisión: _____

SOLICITUD DE LA PRESTACION DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

DOCUMENTOS ORIGINALES Y EN COPIA QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL IESS:

- 1 IESS - ITC
- 2 Documento de calificación de los últimos meses, suscritos por:
 - Empresa
 - Subalguata
- 3 Autonomía declarada/afiliación de la actividad.
- 4 Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud.
- 5 Certificado médico de la Entidad gestora correspondiente que acredite la situación de riesgo.
- 6 Declaración de la empresa o trabajadora por cuenta propia, sobre sujeta de trabajo y riesgo.
- 7 Documento de inscripción de nacimiento del niño nacido.
- 8 Libro de familia.
- 9 Otros documentos.

Recibo los documentos requeridos a excepción de los siguientes: _____

Nombre y número de funcionario/a: _____

Cargos y nombre de la funcionaria/o: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta formulario concuerdan íntegramente con los que aparecen en los documentos originales aportados y exhibidos por la solicitante.

Nombre y número de funcionario/a: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Este solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por el Centro 26.3.1989 (RICE) al RICE, para el control y control de la prestación, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento podrán consultarse sus datos de acceso, modificación, cancelación y eliminación sobre los datos incorporados al mismo por la Dirección Provincial del I.S.S.S., art. 3 de la Ley 13/1989, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. RICE, del día 14/10/2014.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACION SEGURIDAD SOCIAL

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

— Continúe por esta misma página, pero antes de distribuir entre los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene e imprima de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

Nombre apellidos: _____ Empleado/a español/a: Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de la Seguridad Social: _____ Colección de identificación de la expediente: _____

Colección habitual (colección o plaza): _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Nacionalidad: _____

Regimen: Si es empleado/a en régimen de Autónomo/a

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO: Fecha de suspensión del contrato: _____ Fecha de cese en la actividad: _____ Fecha probable del parto: _____

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL: Fecha de suspensión del contrato: _____ Fecha de cese en la actividad: _____ Fecha nacimiento del hijo: _____

3. OTROS DATOS

3.1. DATOS FISCALES

1. Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ %

2. Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF indique que lo es aplicando: Tipo voluntario: _____ %

Tipo general: Apartado de IRPF: Tipo de pensión: Tipo voluntario: _____ %

3.2. LUGAR DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD

3.3. DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (debe ser el domicilio del interesado en el momento de la solicitud)

Domicilio (calle y número): _____

Código postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

3.4. INFORMACIÓN TELEFÓNICA

Dejará recibir información por correo electrónico, independientemente de la dirección: _____

Dejará recibir información por un SMS, indique su móvil: _____

4. ALEGACIONES

5. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA: _____ DOMICILIO: _____ Número: _____

C. POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

EN VENTANILLA: Número Código Cuenta Cliente (CCC): _____

EN CUENTALIBRETA: Recibidos Ordenadas ESTADOS OPERACIONES CUENTAS NÚMERO DE CUENTA: _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que cuando entiendo de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pudiera producirme mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, en consentimiento para la aportación, consulta o obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

_____ de _____ de 20__

Firma de la solicitante.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE _____

Secretaría de Igualdad de la FTSP-USO Madrid