

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC) ☒ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☐ Enfermedad profesional (EP) ☐
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA

SPS ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR **SITUACIÓN:** ACTIVO ☒ **PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO** ☐

Primer apellido CORTES		Segundo apellido GUTIERREZ		Nombre MANUEL		DNI-NIE-pasaporte 034844750A	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0045477742	Nº de la Seg. Social 170059707167	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SIERRA NEVADA		Número 6	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)		Provincia Almería		Código postal 04230	Teléfono móvil 676024638		Teléfono fijo 669797701
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ ☐ Grave⁽¹⁾ ☐ Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	10 días	29/12/2020

P.9 PARTE DE BAJA ☒ **Fecha de la baja** 22/12/2020

Recaída: Sí ☐ NO ☒


Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ **Fecha del alta⁽²⁾**

P.9 ⁽²⁾ En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

**DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR**

MARTA ABELLAN ESTEBAN



Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
24511694

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

350283688002203

Ejemplar para la EMPRESA

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC) ☒ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☐ Enfermedad profesional (EP) ☐
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA
SPS ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido CORTES		Segundo apellido GUTIERREZ		Nombre MANUEL		DNI-NIE-pasaporte 034844750A	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0045477742	Nº de la Seg. Social 170059707167	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SIERRA NEVADA			Número 6	Bloque	Escalera
Localidad HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)		Provincia Almería		Código postal 04230	Teléfono móvil 676024638	Teléfono fijo 669797701	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) 9229		

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en parte baja) / RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (en parte alta)

20141104

P.9

8-021

DIAGNÓSTICO CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles		Código CIE-9 (Todas las contingencias) 220.828
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP Código de enfermedad profesional Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾ (1) Sólo en el caso de accidente de trabajo		Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Código CIE-10 (Sólo en EP)
TIPO DE PROCESO Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 10 días	Fecha de la siguiente revisión médica 29/12/2020

PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 22/12/2020


Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐

Fecha del alta⁽²⁾

P.9 (2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR MARTA ABELLAN ESTEBAN  Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 24511694	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad permanente ☐
Inicio de situación de maternidad ☐
Incomparecencia ☐

RECUERDE: Si el INSS/ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social.

En los casos de altas médicas por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión de alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

350283688002203

pablo cortes amat 04@gmail.com

Ejemplar para el TRABAJADOR