



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)   
 Periodos de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA  
 SPS  INSS/ISM  MUTUA

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO  PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

|                                                             |                                      |                                                             |                   |                         |                                            |                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Primer apellido<br>ROCHA                                    |                                      | Segundo apellido<br>DIAZ                                    |                   | Nombre<br>EVELYN ANDREA |                                            | DNI-NIE-pasaporte<br>054755739F |                            |
| Nº Tarjeta Sanitaria<br>AN1563890590                        | Nº de la Seg. Social<br>081130785751 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)<br>JACINTO BENAVENTE |                   | Número<br>26            | Bloque                                     | Escalera                        | Piso<br>1<br>Puerta<br>4   |
| Localidad<br>HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)        |                                      | Provincia<br>Almería                                        |                   | Código postal<br>04230  | Teléfono móvil                             |                                 | Teléfono fijo<br>697480815 |
| Nombre de la empresa<br>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. |                                      |                                                             | Puesto de trabajo |                         | Código nacional de ocupación (CNO)<br>9210 |                                 |                            |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO<br>CIE10 - Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            | Código CIE-9<br>(Todas las contingencias)<br>Z20.828 |
| CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:<br>Fecha de AT o EP ..... Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/><br>Código de enfermedad profesional ..... Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/><br>Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> .....<br>(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo |                                                                                                                                            | Código CIE-10<br>(Sólo en EP)                        |
| TIPO DE PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA<br>50 días                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                            | Fecha de la siguiente revisión médica                |

PARTE DE BAJA  Fecha de la baja 01/04/2020  
 Recaida: SI  NO   
 Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/  
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR  
**FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA**  
 Firma, fecha y sello  
 Nº de colegiado  
No especificado  
 Nº de identificación del facultativo  
16084721

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:  
 Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual   
 Fallecimiento   
 Propuesta de incapacidad permanente   
 Inicio de situación de maternidad   
 Incomparecencia

PARTE DE ALTA  Fecha del alta<sup>(2)</sup> 11/05/2020  
 P.9 <sup>(2)</sup> En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.

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.

Ejemplar para el TRABAJADOR

241984073202203



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 <input checked="" type="checkbox"/> | INSS/ISMI <input type="checkbox"/> | MUTUA <input type="checkbox"/> |

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO  PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

|                                                             |                                      |                                                             |  |                         |                   |                        |                                            |           |                            |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------|-------------------|------------------------|--------------------------------------------|-----------|----------------------------|
| Primer apellido<br>ROCHA                                    |                                      | Segundo apellido<br>DIAZ                                    |  | Nombre<br>EVELYN ANDREA |                   |                        | DNI/NIE pasaporte<br>054755739F            |           |                            |
| Nº Tarjeta Sanitaria<br>AN1563890590                        | Nº de la Seg. Social<br>081130785751 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...)<br>JACINTO BENAVENTE |  |                         | Número<br>26      | Bloque                 | Escalera                                   | Piso<br>1 | Puerta<br>4                |
| Localidad<br>HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)        |                                      |                                                             |  | Provincia<br>Almería    |                   | Código postal<br>04230 | Teléfono móvil                             |           | Teléfono fijo<br>697480815 |
| Nombre de la empresa<br>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. |                                      |                                                             |  |                         | Puesto de trabajo |                        | Código nacional de ocupación (CNO)<br>9210 |           |                            |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP ..... Leve<sup>(1)</sup>  Grave<sup>(1)</sup>  Muy grave<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo

|                 |                                    |                                           |                   |                                       |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> | Medio <input checked="" type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA | Fecha de la siguiente revisión médica |
|                 | Corto <input type="checkbox"/>     | Largo <input type="checkbox"/>            | 50 días           |                                       |

P.9 PARTE DE BAJA  Fecha de la baja 01/04/2020  
 Recaída: SI  NO   
 Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....  
 PARTE DE ALTA  Fecha del alta<sup>(2)</sup> 11/05/2020

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/<br>DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR<br><b>FELIPE DE LA CALZADA CORDOBA</b> |
| Firma, fecha y sello                                                                             |
| Nº de Colegiado<br>No especificado                                                               |
| Nº de identificación del facultativo<br>6084721                                                  |

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

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

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