



PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9/1)

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"/> | MUTUA <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: AN0009030091 | SITUACIÓN |
| NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 040025272452 | ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 027253375P | DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y APELLIDOS: MACIAS CANO, MARIA GLORIA | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> |
| EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------|---------|---------------------------------------|
| FECHA DE LA BAJA | 31/03/2020 | Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | 1 | Fecha de la siguiente revisión médica |
| FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | 07/04/2020 | DURACIÓN ESTIMADA | 16 días | 15/04/2020 |
| TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> | | | |

DATOS OBLIGATORIOS

| | |
|---|---|
| CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN ⁽¹⁾ | 4 |
|---|---|

⁽¹⁾ Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

| | |
|--|--------------------------|
| ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

⁽²⁾ En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

PASE A CONTROL DEL INSS

| |
|---|
| FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE LA IT ⁽³⁾ |
|---|

⁽³⁾ A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.

| |
|---|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR MARIA VICT RABELL IÑIGO M ^a Victoria Rabell Iñigo CNP: 3000040015 |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de colegiado No especificado |
| Nº de identificación del facultativo 40012 |