



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

**Tipo de Contingencia:** { Enfermedad común (EC)  Accidente de trabajo (AT)

Accidente no laboral (ANL)   
Enfermedad profesional (EP)   
Períodos de observación por enfermedad profesional

**ENTIDAD EMISORA**

SPS

MUTUA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: AN0009030091

**SITUACIÓN**

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 040025272452

ACTIVO

PERCEPTOR  
DE DESEMPEÑO  
CONTRIBUTIVO

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 027253375P

NOMBRE Y APELLIDOS: MACIAS CANO, MARIA GLORIA

EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.

20140731

**DATOS OBLIGATORIOS**

CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN<sup>(1)</sup>

4

<sup>(1)</sup> 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**

8-022

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO<sup>(2)</sup>

Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN 1

DURACIÓN ESTIMADA

16 días

Fecha de la siguiente revisión médica

15/04/2020

<sup>(2)</sup> 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<sup>(3)</sup>

<sup>(3)</sup> 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

*Maria Victoria Rabell Iñigo*  
CNP: LA 000010012

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado  
No especificado

Nº de identificación del facultativo

40012

404853655021247