



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: AN0016191220 | SITUACIÓN |
| NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 040035354388 | ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 034843917K | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: LOPEZ LOPEZ, JOSE ANTONIO | |
| EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L. | |

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------------|------------|
| FECHA DE LA BAJA | 30/08/2017 | | |
| FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | 06/09/2017 | Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | 1 |
| TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA | 40 días |
| | | Fecha de la siguiente revisión médica | 04/10/2017 |

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 DEL MAR MENGIBAR GOMEZ |
| |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de colegiado No especificado |
| Nº de identificación del facultativo 7961575 |