



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

MUTUA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: AN0030707874

SITUACIÓN

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 041011504414

ACTIVO

PERCEPTOR

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 075258988K

DE DESEMPEÑO

CONTRIBUTIVO

NOMBRE Y APELLIDOS: JIMENEZ GONZALEZ, MARIA VICTORIA

EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.

FECHA DE LA BAJA

03/05/2019

FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

17/05/2019

Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

1

TIPO DE PROCESO

Muy corto

Medio

DURACIÓN ESTIMADA

Corto

Largo

100 días

Fecha de la siguiente revisión médica

21/06/2019

20140731

DATOS OBLIGATORIOS

P.9/1

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

8-022

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO⁽²⁾



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

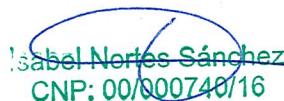
PASE A CONTROL DEL INSS

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

ISABEL NORTES SÁNCHEZ


Isabel Nortes Sánchez
CNP: 00/000740/16

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
74061

930678099502124