



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 ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido AMRHAR		Segundo apellido		Nombre KHADIJA		DNI-NIE-pasaporte X6732042B		
Nº Tarjeta Sanitaria AN1433808944	Nº de la Seg. Social 301040120190	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) MEMORIAS		Número 32	Bloque	Escalera	Piso 2	Puerta I
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04003	Teléfono móvil 632861041		Teléfono fijo 632861041	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP

Leve⁽¹⁾ ☐

Grave⁽¹⁾ ☐

Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto ☐

Medio ☐

DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de la siguiente revisión médica

Corto ☒

Largo ☐

15 días

P.9

PARTE DE BAJA ☐

Fecha de la baja 22/08/2018

Recaída:

Sí ☐

NO ☐

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

8-021

PARTE DE ALTA ☒

Fecha del alta⁽²⁾ 05/09/2018

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

ANTONIO LOPEZ NIETO

Antonio López Nieto
CNP: 00/0000357/60

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
420030

Nº de identificación del facultativo
35766

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite
realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad
permanente ☐

Inicio de situación de
maternidad ☐

Incomparecencia ☐



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: AN1433808944	SITUACIÓN ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 301040120190	
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: X6732042B	
NOMBRE Y APELLIDOS: AMRHAR KHADIJA	
EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.	

20140731

FECHA DE LA BAJA	22/08/2018	Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	1	Fecha de la siguiente revisión médica
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	26/08/2018			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>			
DURACIÓN ESTIMADA		15 días		

P.9/1

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.

P.022

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
ISABEL BELMONTE MARTIN
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado
No especificado
Nº de identificación del facultativo
111851

924477787402270