



PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: {

Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/>	Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/>
Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>
Periodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	

ENTIDAD EMISORA		
SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

DATOS DEL TRABAJADOR		SITUACIÓN:	ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>						
Primer apellido PEREZ	Segundo apellido TORRES			Nombre ALMUDENA				DNI-NIE-pasaporte 077340584W		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0280992934	Nº de la Seg. Social 231023290507	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) CONSTITUCION				Número 13	Bloque	Escalera	Piso 2º	Puerta IZQ
Localidad RIOJA (Rioja)			Provincia Almería	Código postal 04260	Teléfono móvil 658547309		Teléfono fijo 658547309			
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9210				

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:					
Fecha de AT o EP			Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo					
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA		Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	30 días		

P.9 **PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja **21/05/2020**

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Cristina Gongora Beltrán	
Cristina Gongora Beltrán CNP: 00/0146292/16	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 14629216	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

- Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Fallecimiento
- Propuesta de incapacidad permanente
- Inicio de situación de maternidad
- Incomparcencia

8-021

PARTE DE ALTA

Fecha del alta⁽²⁾ **19/06/2020**

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