



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

Períodos de observación por enfermedad profesional

Accidente no laboral (ANL)

Enfermedad profesional (EP)

ENTIDAD EMISORA

SPS  INSS/ISM  MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO

Primer apellido FERNANDEZ	Segundo apellido FORTES	Nombre ISABEL MARIA	DNI-NIE-pasaporte 034850184D	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0015860713	Nº de la Seg. Social 040034945978	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SANTA FILOMENA	Número 7	Bloque Escalera Piso 1º Puerta 3
Localidad ALMERIA (Almería)	Provincia Almería	Código postal 04009	Teléfono móvil 636661276	Teléfono fijo
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<sup>(1)</sup>

Grave<sup>(1)</sup>

Muy grave<sup>(1)</sup>

(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo

20141104

**TIPO DE PROCESO**

Muy corto  Medio   
Corto  Largo

**DURACIÓN ESTIMADA**

14 días

**Fecha de la siguiente revisión médica**

06/08/2019

**P.9 PARTE DE BAJA**

**Fecha de la baja** 30/07/2019

Recaída: SÍ  NO

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída .....

**PARTE DE ALTA**

**Fecha del alta<sup>(2)</sup>**

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

<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>	
<b>ANA ESTER PEREZ MORENO</b>	
<b>Ana Ester Pérez Moreno</b>	
<b>CNP: 0310240028/50</b>	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 24002850	

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

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