



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

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN: ACTIVO ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

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 675049703		Teléfono fijo	
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⁾ ☐

Grave⁽¹⁾ ☐

Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽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"/>	15 días	28/05/2020

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

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Cristina Góngora Beltrán	
Cristina Góngora Beltrán CNP: 00/01/8292/16	
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 ☐

Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA



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

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

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 675049703		Teléfono fijo	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9210		

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en parte baja) / RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (en parte alta)

DIAGNÓSTICO CIE10 - Atrofia de mama				Código CIE-9 (Todas las contingencias) N64.2	
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"/>	
Código de enfermedad profesional		Tipo de asistencia:		Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾					
⁽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"/>		15 días		28/05/2020	

PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 21/05/2020

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐

Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Cristina Góngora Beltran

Cristina Góngora 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 ☐

Incomparecencia ☐

RECUERDE: Si el INSS/ISM o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social.

En los casos de altas médicas por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión de alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

Ejemplar para el TRABAJADOR