



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

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

Accidente no laboral (ANL)

Enfermedad profesional (EP)

Períodos de observación por enfermedad profesional

**ENTIDAD EMISORA**

SPS

INSS/ISM

MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPLAZO CONTRIBUTIVO

Primer apellido <b>PEREZ</b>	Segundo apellido <b>TORRES</b>	Nombre <b>ALMUDENA</b>			DNI-NIE-pasaporte <b>077340584W</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN0280992934</b>	Nº de la Seg. Social <b>231023290507</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>CONSTITUCION</b>		Número <b>13</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>RIOJA (Rioja)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04260</b>	Teléfono móvil <b>675049703</b>	Piso <b>2º</b> Puerta <b>IZQ</b>	
Nombre de la empresa <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b>			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) <b>9210</b>		

**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>

<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo

**TIPO DE PROCESO**

Muy corto  Medio   
Corto  Largo

**DURACIÓN ESTIMADA**

15 días

**Fecha de la siguiente revisión médica**

28/05/2020

**P.9 PARTE DE BAJA**

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

Recaída: Si  NO

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

**DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/  
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR**

**Cristina Gongora Beltran**

**Cristina Góngora Beltrán  
CNP: 00/0008292/16**

A 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

**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.



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

<b>Tipo de Contingencia:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL) <input type="checkbox"/>	ENTIDAD EMISORA	
	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP) <input type="checkbox"/>	<b>SPS</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>INSS/ISM</b> <input type="checkbox"/>
		Períodos de observación por enfermedad profesional <input type="checkbox"/>		

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		<b>SITUACIÓN:</b>	<b>ACTIVO</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO</b> <input type="checkbox"/>		
Primer apellido <b>PEREZ</b>		Segundo apellido <b>TORRES</b>	Nombre <b>ALMUDENA</b>			DNI-NIE-pasaporte <b>077340584W</b>
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN0280992934</b>	Nº de la Seg. Social <b>231023290507</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>CONSTITUCION</b>		Número <b>13</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>RIOJA (Rioja)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04260</b>	Teléfono móvil <b>675049703</b>	Teléfono fijo	
Nombre de la empresa <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b>			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) <b>9210</b>		

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

20141104

P.9

B-021

<b>DIAGNÓSTICO</b> <b>CIE10 - Atrofia de mama</b>		Código CIE-9 (Todas las contingencias) <b>N64.2</b>		
<b>CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:</b>				
Fecha de AT o EP .....	Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Código CIE-10 (Sólo en EP)
Código de enfermedad profesional .....	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/>		Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup> .....				
<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo				
<b>TIPO DE PROCESO</b>	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	<b>DURACIÓN ESTIMADA</b>	<b>Fecha de la siguiente revisión médica</b>
	Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	15 días	28/05/2020

<b>PARTE DE BAJA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha de la baja</b> <b>21/05/2020</b>	<b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>	<b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>
Recaída: Sí <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Cristina Góngora Beltrán</b>	Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída .....		<b>Cristina Góngora Beltrán</b> <b>CNP: 00/0146292/16</b>	Fallecimiento <input type="checkbox"/>
		Firma, fecha y sello	Propuesta de incapacidad permanente <input type="checkbox"/>
<b>PARTE DE ALTA</b> <input type="checkbox"/>	<b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b>	(Nº de colegiado No especificado)	Inicio de situación de maternidad <input type="checkbox"/>
P.9 <sup>(2)</sup> En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.		<b>Nº de identificación del facultativo</b> <b>14629216</b>	Incomparecencia <input type="checkbox"/>

**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