



Av. Cabo de Gata, 25, Ed. Vista Bahía  
04007 Almería  
Tel.: 950621191

LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.  
Almería (FRAY BERNARDO MARTIN)

CL FRAY BERNARDO MTNEZ. 20  
04006 ALMERÍA  
ALMERÍA

C.C.C.: 04-01018719-38-0111-0

Sector: GD

Fecha: 01-09-2020

Ref.: PRESTACIONES

**SOLICITUD PARTE ACCIDENTE**

Fecha incidente: 27-08-2020

Trabajador: PEREZ PEREZ, IGNACIA

Fecha de baja laboral: 01-09-2020

Pronóstico: Leve

Forma Contacto: 31

Parte Lesionada: 63

Descripción: 032

Estimado Mutualista:

Ponemos en su conocimiento que el Trabajador de referencia ha sido atendido por nuestros Servicios Médicos de las lesiones que presentaba y que refiere ser motivadas por Accidente de Trabajo. La información sobre el incidente que se detalla ha sido proporcionada por el trabajador a nuestro servicio de Admisión.

En caso de que así, también lo estimen Vds. y para la tramitación del expediente ante la Autoridad Laboral, les rogamos que a la mayor brevedad posible, se sirvan remitirnos el preceptivo Parte de Accidente, debidamente cumplimentado en todos sus apartados.

Les recordamos que la Orden TAS/2926/2002 de 19 de noviembre determina la sustitución de los modelos oficiales de los Partes de Accidentes, las Relaciones de los accidentes Sin Baja médica y la Relación de las Altas o fallecimientos, por lo que el Parte de Accidente que le requerimos debe adecuarse al nuevo formato establecido al efecto. Dicho Parte lo deberán presentar mediante el oportuno sistema de Declaración Electrónica.

Aprovechamos la ocasión para informales que la Orden Ministerial de 16-12-1987 exige que el parte sea transmitido EN EL PLAZO MÁXIMO DE CINCO DÍAS HÁBILES, contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica. Si por causas no justificables es demorado o incumplido este requisito legal, la empresa puede incurrir en el riesgo de que por parte del organismo competente le sean impuestas las sanciones económicas previstas para estos casos en Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

**Tipo de contingencia:**  Enfermedad Común (EC)  Accidente de Trabajo (AT)

Accidente no Laboral (ANL)   
 Enfermedad Profesional (EP)   
 Periodo de observación por enfermedad profesional



**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

**PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido PEREZ		Segundo apellido PEREZ	Nombre IGNACIA		DNI-NIE-Pasaporte 27513236 S		
Nº Tarjeta Sanitaria 041019482258	Nº de la Seg. Social 041019482258	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle SICARDO		Número 29	Bloque	Escalera	Piso
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04008	Teléfono móvil 639983023		Teléfono fijo 639983023	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9   2   2   9		

**CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:**

Fecha del AT o EP

Leve (1)

Grave (1)

Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

**TIPO DE PROCESO**

Muy corto

Medio

Corto

Largo

**DURACIÓN ESTIMADA**

días

**Fecha de la siguiente revisión médica**

**PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja

Recaída: SI  NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

**PARTE DE ALTA**

Fecha de Alta (2)

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

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

Firmado electrónicamente por

Rosali Armas Villa  
Almería, En fecha 01/09/2020, a las 09:56:33

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

Nº de identificación del facultativo

**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**

Tipo de contingencia:  Enfermedad Común (EC)  Accidente no Laboral (ANL)   
 Accidente de Trabajo (AT)  Enfermedad Profesional (EP)   
 Periodo de observación por enfermedad profesional



**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

**PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido PEREZ		Segundo apellido PEREZ	Nombre IGNACIA		DNI-NIE-Pasaporte 27513236 S				
Nº Tarjeta Sanitaria 041019482258	Nº de la Seg. Social 041019482258	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle SICARDO			Número 29	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04008	Teléfono móvil 639983023		Teléfono fijo 639983023			
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9				

**CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:**

Fecha del AT o EP

Leve (1)

Grave (1)

Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

**TIPO DE PROCESO**

Muy corto

Medio

Corto

Largo

**DURACIÓN ESTIMADA**

días

**Fecha de la siguiente revisión médica**

**PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja

Recaída: SI  NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

**PARTE DE ALTA**

Fecha de Alta (2)

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

<b>DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b>	
Firmado electrónicamente por Rosali Armas Villa Almería, En fecha 20/09/2020 a las 09:57:32 Firma, fecha y sello ASEPEYO	
Nº Colegiado <input type="text" value="0 1 4 1 2 1 1 1 0 1 4 1 9 1 0 1 9 1 7"/>	
Nº Identificación del facultativo <input type="text"/>	

**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