

**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  INSS/ISM  MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido <b>ANDUJAR</b>		Segundo apellido <b>GONZALEZ</b>	Nombre <b>MARIA DEL MAR</b>		DNI-NIE-pasaporte <b>045589387Y</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN0023344261</b>	Nº de la Seg. Social <b>041002932139</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>CRA. HOSPITAL PSIQUIATRICO</b>		Número <b>21</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>CAÑADA DE SAN URBANO (LA) (Almería)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04120</b>	Teléfono móvil		Teléfono fijo <b>657492934</b>
Nombre de la empresa <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b>			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) <b>9229</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

20141104

**9 PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja **03/01/2022**

Recaída: Sí  NO

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

**PARTE DE ALTA**

Fecha del alta<sup>(2)</sup> **06/01/2022**

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>PAULA ALCAZAR CARRILLO</b>	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo <b>5627616</b>	

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Inicio de situación de maternidad

Incomparecencia