

**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

<b>ENTIDAD EMISORA</b>		
SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>
<b>EMPRESA COLABORADORA</b> <input type="checkbox"/>		

**DATOS DE LA PERSONA**

Primer apellido <b>CORTES</b>		Segundo apellido <b>GUTIERREZ</b>	Nombre <b>MANUEL</b>			DNI-NIE-pasaporte <b>034844750A</b>	
Nº Tarjeta <b>AN0045477742</b>	Nº de la Seg. Social <b>170059707167</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>SIERRA NEVADA</b>			Número <b>6</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)</b>			Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04230</b>	Teléfono móvil <b>669797701</b>	Teléfono fijo <b>669797701</b>	
Nombre de la empresa <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b>			Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) <b>9229</b>		

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

DIAGNÓSTICO <b>CIE10 - Traumatismo, no especificado</b>			Código CIE-9/10 (Todas las contingencias) <b>T14.90</b>	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:				
Fecha de AT o EP	Leve <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>	
Código de enfermedad profesional	Tipo de asistencia.		Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada <sup>(2)</sup>				Código CIE-10 (Sólo en EP)
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input checked="" type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 1 días	Fecha de la siguiente revisión médica <sup>(3)</sup> <b>28/03/2025</b>

**PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja **28/03/2025**

P9 Recaída: SI  NO

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída

Fecha de baja del proceso anterior  
del que es recaída

FACULTATIVO/A-CIAS <input checked="" type="checkbox"/>
MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>
<b>VIOLETA CARREÑO JOSE</b>
Firma, fecha y sello <i>Violeta Carreño Jose</i> 00/00/2025/36
Nº de colegiado/a No especificado
Nº de identificación del facultativo/a <b>362536</b>

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

Curación/Mejoría que permite  
realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad  
permanente

Nacimiento y cuidado de  
menor

Incomparecencia

**PARTE DE ALTA**

Fecha del alta<sup>(4)</sup> **28/03/2025**

**RECUPERDE:** 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.

(1) Documento sanitario similar

(2) Sólo en caso de accidente de trabajo

(3) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá emitir el alta por incomparecencia.

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

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.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación de Incapacidad Temporal, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y OTRAS PRESTACIONES DE CORTA DURACIÓN". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)