

Parte médico de baja/alta de incapacidad temporal. (P.9)

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

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ENTIDAD EMISORA | | |
| SPS <input type="checkbox"/> | INSS/ISM <input type="checkbox"/> | MUTUA <input type="checkbox"/> |

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--|---------------|--------|------------------------------------|-------------------|---------------|------|--------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | DNI-NIE-pasaporte | | | |
| Nº Tarjeta Sanitaria | Nº de la Seg. Social | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Localidad | | Provincia | Código postal | | Teléfono móvil | | Teléfono fijo | | |
| Nombre de la empresa | | Puesto de trabajo | | | Código nacional de ocupación (CNO) | | | | |

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

| | | | | | |
|----------|---|------------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| 20141104 | DIAGNÓSTICO | | Código CIE-9 (Todas las contingencias) | | |
| P.9 | CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: Fecha de AT o EP <input type="text"/> Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Muy grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Código de enfermedad profesional <input type="text"/> Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Parte del cuerpo dañada ⁽¹⁾ <input type="text"/> (1) Sólo en caso de accidente de trabajo | | | Código CIE-10 (Sólo en EP) | |
| 8-021 | TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> | Medio <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA | Fecha de la siguiente revisión médica |
| | | Corto <input type="checkbox"/> | Largo <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> días | <input type="text"/> |

PARTE DE BAJA Fecha de la baja

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 |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de 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

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 alta médica 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 del 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.

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

| ENTIDAD EMISORA | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------------|
| SPS | <input type="checkbox"/> | INSS/ISM <input type="checkbox"/> |
| MUTUA | <input type="checkbox"/> | |

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--|-------------------|--------|---------------|------------------------------------|----------|---------------|--------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | DNI-NIE-pasaporte | | | |
| Nº Tarjeta Sanitaria | Nº de la Seg. Social | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Localidad | | | Provincia | | Código postal | Teléfono móvil | | Teléfono fijo | |
| Nombre de la empresa | | | Puesto de trabajo | | | Código nacional de ocupación (CNO) | | | |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ Grave⁽¹⁾ Muy grave⁽¹⁾

(1) Sólo en 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 type="checkbox"/> | Largo | <input type="checkbox"/> | | |

días

20141104

P.9 PARTE DE BAJA Fecha de la baja

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA Fecha del alta⁽²⁾

| |
|---|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de 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

8-021

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

A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

DATOS GENERALES

Régimen Código de cuenta de cotización (CCC)
Código de la provincia del centro de salud del facultativo/médico inspector que emite el parte de baja/alta(1)
Código nacional de ocupación (CNO)(2)

DATOS DEL TRABAJADOR

Número de Seguridad Social (NAF)

CONTRATOS:

A tiempo parcial/fijos discontinuos:
Suma bases cotización Suma de días naturales
 Resto de contratos
Base de cotización Días cotizados/mes

OTROS DATOS DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES:

Cotización del año anterior por horas extras/días
Cotizaciones del año anterior por otros conceptos/días
Fecha del AT/EP

(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora (SPS, INSS/ISM y MUTUA) de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

(2) Dato obligatorio para calcular la duración estimada del proceso en relación con la profesión, la edad y la enfermedad/accidente del trabajador.

NORMA GENERAL PARA INFORMAR LAS BASES DE COTIZACIÓN

En los contratos a tiempo parcial, para todas las contingencias, se informará del importe de la suma de las bases de cotización a tiempo parcial acreditadas desde la última alta laboral, con un máximo de tres meses inmediatamente anteriores al de la baja médica, así como el número de días naturales a que aquellas correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo completo a parcial, cambio de categoría profesional,...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.

Para el resto de contratos:

- **En contingencias comunes:** se informará el importe de la base de cotización por contingencias comunes del mes inmediatamente anterior a aquel en que se produce la baja médica o la recaída, indicando el número de días a que corresponde tal cotización, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes a que correspondan. Si el trabajador hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja, o hubiera existido un cambio de su actividad laboral en dicho mes (de contrato a tiempo parcial a completo, cambio de categoría profesional,...) la base a consignar será la del mes de la baja y el número de días a que se refiere dicha base en ese mes.
- **En contingencias profesionales** la base reguladora se obtiene por la adición de dos sumandos:
 - A. La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior a la baja médica, sin horas extraordinarias ni otros conceptos que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, indicando el número de días a que corresponde, que será de 30 días si percibe retribución mensual o, si percibe retribución diaria, los días del mes a que correspondan.
 - B. La cotización por las horas extraordinarias realizadas en el año anterior, así como las cotizaciones por otros conceptos retributivos que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización (pluses y retribuciones complementarias computables) del año anterior, entre 365 días o, si la antigüedad es inferior a un año, entre el número de días, anteriores a la baja, que el trabajador haya permanecido de alta en la empresa.

RECUERDE: Si la baja médica del trabajador es por enfermedad común y no acredita 180 días cotizados en los 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de la baja, no tendrá derecho al subsidio de incapacidad temporal y, por esta razón, la empresa no podrá descontar su importe de las cotizaciones.

Parte médico de confirmación de incapacidad temporal. (P.9/1)

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN 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

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| ENTIDAD EMISORA | |
| SPS <input type="checkbox"/> | MUTUA <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: | SITUACIÓN |
| NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: | ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: | DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> |
| EMPRESA: | |

| | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|
| FECHA DE LA BAJA | <input type="text"/> | | |
| FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | <input type="text"/> | Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | <input type="text"/> |
| TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA | Fecha de la siguiente revisión médica |
| | Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> días | <input type="text"/> |

20140731

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

| | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN | (Todas las contingencias) | (Sólo en EP) |
| | Código CIE-9 <input type="text"/> | Código CIE-10 <input type="text"/> |
| DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA | | |
| | | |

P.9/1

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

| |
|--|
| ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO <input type="checkbox"/> |
|--|

8-022

PASE A CONTROL DEL INSS

| |
|--|
| FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT <input type="text"/> |
|--|

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.

| |
|---|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de colegiado |
| <input type="text"/> |
| Nº de identificación del facultativo |
| <input type="text"/> |

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN 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

| ENTIDAD EMISORA | |
|------------------------------|--------------------------------|
| SPS <input type="checkbox"/> | MUTUA <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: | SITUACIÓN |
| NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: | |
| NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | |
| EMPRESA: | |
| | ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| FECHA DE LA BAJA | <input type="text"/> | | |
| FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | <input type="text"/> | Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN | <input type="text"/> |
| TIPO DE PROCESO | Muy corto <input type="checkbox"/> | Medio <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA |
| | Corto <input type="checkbox"/> | Largo <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> días |
| | | | Fecha de la siguiente revisión médica |
| | | | <input type="text"/> |

DATOS OBLIGATORIOS

| |
|--|
| CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN(1) <input type="text"/> |
|--|

(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

| |
|---|
| ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO(2) <input type="checkbox"/> |
|---|

(2) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

PASE A CONTROL DEL INSS

| |
|---|
| FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT(3) <input type="text"/> |
|---|

(3) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.

| |
|---|
| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR |
| Firma, fecha y sello |
| Nº de colegiado |
| <input type="text"/> |
| Nº de identificación del facultativo |
| <input type="text"/> |

20140731

P.9/1

8-022