

ANEXO I

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)
 Período de observación por enfermedad profesional

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

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA SITUACIÓN: ACTIVO PERCEPTOR/A DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI-NIE-pasaporte	
Nº Tarjeta Sanitaria(1)	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera
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)

DIAGNÓSTICO		Código CIE-9 <input type="text" value="10"/> (Todas las contingencias)	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:			
Fecha de AT o EP <input type="text" value=""/>		Leve(2) <input type="checkbox"/>	Grave(2) <input type="checkbox"/> Muy grave(2) <input type="checkbox"/>
Código de enfermedad profesional <input type="text" value=""/>	Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>		Código CIE-10 (Sólo en EP)
Parte del cuerpo dañada(2) <input type="text" value=""/>			
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" value=""/> días
			Fecha de la siguiente revisión médica(3) <input type="text" value=""/>

PARTE DE BAJA Fecha de la baja

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída

PARTE DE ALTA Fecha del alta(4)

FACULTATIVO/A-CIAS MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado/a <input type="text" value=""/>
Nº de identificación del facultativo/a <input type="text" value=""/>

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Nacimiento y cuidado de menor

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. 175.3 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 alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua o empresa colaboradora, podrá optar entre la reclamación señalada en el párrafo anterior o 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, 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
 Ejemplar para la PERSONA TRABAJADORA

2022/07/12 P.9 8-021 V.6

ANEXO II

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia { Enfermedad común (EC) Accidente no laboral (ANL)
 { Accidente de trabajo (AT) Enfermedad profesional (EP)
 Período de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA	
SPS <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>
EMPRESA COLABORADORA <input type="checkbox"/>	

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA ⁽¹⁾ :	SITUACIÓN
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:	ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR/A DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE:	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
EMPRESA:	

FECHA DE LA BAJA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica ⁽²⁾									
	Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> días				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN	Código CIE-9/ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			(Todas las contingencias)	Código CIE-10	(Sólo en EP)
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA						
.....						

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DE LA PERSONA TRABAJADORA A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO ⁽³⁾	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

FACULTATIVO/A-CIAS <input type="checkbox"/>							
MÉDICO/A INSPECTOR/A <input type="checkbox"/>							
Firma, fecha y sello							
Nº de colegiado/a							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
Nº de identificación del facultativo/a							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"></td> </tr> </table>							

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT ⁽⁴⁾	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

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 cautelamente, en virtud de lo previsto en el art. 175.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

- (1) Documento sanitario similar.
- (2) Si no comparece en la fecha de la siguiente revisión médica, se podrá emitir el alta por incomparecencia.
- (3) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.
- (4) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación.

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-sssec.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es

Ejemplar para la PERSONA TRABAJADORA

ANEXO III

DATOS ECONÓMICOS A CUMPLIMENTAR POR LA EMPRESA

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA								
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			DNI-NIE-pasaporte	
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						
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:								
Fecha de AT o EP <input type="text"/>								
DATOS GENERALES								
Régimen	<input type="text"/>	Código de cuenta de cotización (CCC)		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Código nacional de ocupación (CNO)(1)	<input type="text"/>							
DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA								
CONTRATOS:	<input type="checkbox"/>	A tiempo parcial/fijos discontinuos:(2)						
		Suma bases cotización		<input type="text"/>	Suma de días naturales		<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/>	Resto de contratos:						
		<i>Para contingencias comunes y profesionales:</i>						
		Base de cotización(3)		<input type="text"/>	Días cotizados/mes(4)		<input type="text"/>	
		Cotizaciones del año anterior por otros conceptos/días(5)		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
		<i>Sólo para contingencias profesionales:</i>						
		Cotizaciones del año anterior por horas extras/días(6)		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Descripción funciones desempeñadas por la persona trabajadora								
<input type="text"/>								

NOTAS

- (1) Dato obligatorio para calcular la duración estimada del proceso en relación con la profesión, la edad y la enfermedad/accidente de la persona trabajadora.
- (2) 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, y número de días naturales comprendidos en ese periodo. Si la persona trabajadora hubiese ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja médica, se consignará la base de cotización correspondiente a los días transcurridos desde el día de alta en la empresa hasta el día anterior al de la baja médica, inclusive, y el número de días correspondientes a ese periodo. El cambio de actividad laboral (de contrato a tiempo completo a tiempo parcial, cambio de categoría profesional...) en los tres meses anteriores al de la baja o en el de esta tendrá la consideración de nuevo ingreso.
- (3) Base de cotización por contingencias comunes o por contingencias profesionales, según corresponda, del mes inmediatamente anterior al de la baja médica o recaída, excluidas, en su caso, las cantidades correspondientes a los conceptos retributivos no periódicos o de periodicidad superior a la mensual que no hubieran sido prorrateados en las bases de cotización, y excluidas también las correspondientes a horas extraordinarias, en el caso de contingencias profesionales.
- (4) Número de días a que corresponde tal cotización, que, si la persona trabajadora ha estado de alta en la empresa durante todo el mes, será de 30 si la retribución es mensual y coincidirá con el número de días naturales del mes de que se trate si la retribución es diaria. Si la persona trabajadora hubiera ingresado en la empresa el mes anterior al de la baja médica se consignarán los días naturales a que corresponda la cotización ese mes.

Si la persona trabajadora hubiera ingresado en la empresa en el mismo mes de la baja médica, o hubiera existido un cambio en su relación laboral (de contrato a tiempo parcial a tiempo completo, cambio de categoría profesional...) la base a consignar (3) será la correspondiente a los días transcurridos desde el día de alta en la empresa o cambio en la relación laboral hasta el día anterior al de la baja médica, inclusive, y el número de días (4) los naturales a que corresponda dicha cotización.
- (5) Suma de las cantidades correspondientes a conceptos retributivos no periódicos o de periodicidad superior a la mensual distintos de las horas extraordinarias, percibidas y cotizadas en los 365 días anteriores al mes de la baja médica, que no hayan sido prorrateadas en las bases de cotización. Dicha cuantía se referirá a 365 días, salvo que la antigüedad en la empresa sea inferior, en cuyo caso se expresará el número de días de alta laboral en la empresa excluidos los del mes de la baja.
- (6) Suma de los importes correspondientes a las horas extraordinarias realizadas y cotizadas en los 365 días anteriores al mes de la baja. Dicha cuantía se referirá a 365 días, salvo que la antigüedad en la empresa sea inferior, en cuyo caso se expresará el número de días de alta laboral en la empresa excluidos los del mes de la baja.

2022/07/01

8-021 bis V.2

RECUERDE: Si la baja médica de la persona trabajadora 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, no procederá el descuento de su importe de las cotizaciones a ingresar por la empresa.