

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) ☐
Periodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA		
SPS ☒	INSS/ISM ☐	MUTUA ☐
EMPRESA COLABORADORA ☐		

DATOS DE LA PERSONA **SITUACIÓN:** ACTIVO ☒ **PERCEPTOR/A DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO** ☐

Primer apellido ROLDAN		Segundo apellido RUIZ		Nombre JUAN		DNI-NIE-pasaporte 030961229D	
Nº Tarjeta AN0214650792	Nº de la Seg. Social 141029120759	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) RELOJ		Número 5	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad CORDOBA (Córdoba)		Provincia Córdoba		Código postal 14002	Teléfono móvil 670788522		Teléfono fijo 670788522
Nombre de la empresa RGT DESARROLLO INFORMATICO, S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 3820	

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

DIAGNÓSTICO CIE10 - Bronquitis aguda, no especificada		Código CIE-9/10 (Todas las contingencias) J20.9	
CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:			
Fecha de AT o EP		Leve ⁽²⁾ ☐	Grave ⁽²⁾ ☐
Código de enfermedad profesional		Muy grave ⁽²⁾ ☐	
Tipo de asistencia:		Ambulatoria ☐	Hospitalaria ☐
Parte del cuerpo dañada ⁽²⁾		Código CIE-10 (Solo en EP)	
TIPO DE PROCESO		DURACIÓN ESTIMADA	
Muy corto ☐	Medio ☐	Fecha de la siguiente revisión médica ⁽³⁾	
Corto ☒	Largo ☐	10 días	
		17/02/2026	

PARTE DE BAJA ☒ **Fecha de la baja** 13/02/2026

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 ☐
JULIA MARIA HERVAS JEREZ
Dra. Julia M. Hervas Jerez
CNP: 06024/00000
Col. 14140335
Nº de colegiado/a No especificado
Nº de identificación del facultativo/a 24005880

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. 132.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

(1) Documento sanitario similar.

(2) Solo 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-ssec.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

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9/1)

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 ☒	MUTUA ☐
EMPRESA COLABORADORA ☐	

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA ⁽¹⁾ : AN0214650792	SITUACIÓN
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 141029120759	ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 030961229D	
NOMBRE Y APELLIDOS: ROLDAN RUIZ, JUAN	
EMPRESA: RGT DESARROLLO INFORMATICO, S.L.	

FECHA DE LA BAJA: 13/02/2026	
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 17/02/2026	Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 1
TIPO DE PROCESO: Muy corto ☐ Medio ☐ Corto ☒ Largo ☐	DURACIÓN ESTIMADA: 10 días
	Fecha de la siguiente revisión médica ⁽²⁾ : 20/02/2026

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN	(Todas las contingencias) Código CIE-9/10: J20.9	(Sólo en EP) Código CIE-10:
CIE10 - Bronquitis aguda, no especificada		
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA		

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO ⁽³⁾	☐
--	--------------------------

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE LA IT ⁽⁴⁾

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.

FACULTATIVO/A-CIAS ☒
MÉDICO/A INSPECTOR/A ☐
JUAN JOSE MUÑOZ GAVILAN
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 1531788

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

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9/1)

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 ☒ MUTUA ☐
EMPRESA COLABORADORA ☐

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA⁽¹⁾: AN0214650792
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 141029120759
NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 030961229D
NOMBRE Y APELLIDOS: ROLDAN RUIZ, JUAN
EMPRESA: RGT DESARROLLO INFORMATICO, S.L.

SITUACIÓN
ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

FECHA DE LA BAJA 13/02/2026
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN 20/02/2026 N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN 2
TIPO DE PROCESO Muy corto ☐ Medio ☐ DURACIÓN ESTIMADA 12 días
Corto ☒ Largo ☐ Fecha de la siguiente revisión médica⁽²⁾ 24/02/2026

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN
CIE10 - Bronquitis aguda, no especificada
DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

(Todas las contingencias) Código CIE-9/10 J20.9
(Sólo en EP) Código CIE-10

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO⁽³⁾ ☐

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE LA IT⁽⁴⁾

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.

FACULTATIVO/A-CIAS ☒
MÉDICO/A INSPECTOR/A ☐
RAFAEL DAMIAN GARCIA

Firma, fecha y sello

N° de colegiado
No especificado

N° de identificación del facultativo
27005507

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