

## 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 ☐ Régimen: **GENERAL** Nº historia: **2025/133122**

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

**DATOS DEL TRABAJADOR** SITUACIÓN: ACTIVO ☐ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido <b>LOPEZ</b>		Segundo apellido <b>MARIÑO</b>		Nombre <b>JUAN RAMON</b>		DNI-NIE-pasaporte <b>033261808J</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social <b>15/736720/78</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza...) <b>LG A Baia</b>			Número <b>16 bis</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>Noia</b>		Provincia <b>A Coruña</b>		Código Postal <b>15200</b>	Teléfono móvil		Teléfono fijo <b>637564982</b>
Nombre de la empresa <b>EXCAVACIONES NIMA, S.L.</b>		Puesto de trabajo <b>Otros trabajadores de las obras estructurales de</b>			Código nacional de ocupación (CNO) <b>7199</b>		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:			
Fecha de AT o EP <b>09/05/2024</b>		Leve <input checked="" type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>
Código de enfermedad profesional		Muy grave <input type="checkbox"/>	
Parte del cuerpo dañada <b>31</b>	Forma en que se produjo <b>71</b>	Descripción de la lesión <b>031</b>	
Los datos proporcionados tiene únicamente carácter informativo careciendo de validez legal y/o justificativa: le recordamos la obligación empresarial de realizar la investigación del accidente de trabajo y le instamos a que nos rectifique aquellos datos que considere erróneos y/o inexactos			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input checked="" type="checkbox"/>	354 días
Fecha de la siguiente revisión médica			

BAJA ☐ Fecha de baja **09/05/2024**

Recaída Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

ALTA ☒ Fecha de alta **28/03/2025**

### CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar el trabajo habitual ☒  
Fallecimiento ☐  
Propuesta de incapacidad permanente ☐  
Inicio de situación de maternidad ☐  
Incomparecencia ☐

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Colegiado: Laura González Sorrosal
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado <b>15/1514108-2</b>

Recibí