

## Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración

### NUEVOS MODELOS DE PARTES MÉDICOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL



Cabe resaltar la clasificación de los procesos en función de la duración estimada de la baja médica que hará constar el facultativo en dicho parte y en los de confirmación, en "MUY CORTOS" (bajas de menos de cinco días); "CORTOS" (de cinco a 30 días); "MEDIOS" (de 31 a 60 días) y "LARGOS" (más de 60 días). Esta duración y la clasificación de los procesos podrán modificarse en los sucesivos partes de confirmación.

Asimismo, es importante la obligación del médico, salvo en los procesos denominados "MUY CORTOS", de consignar en el parte médico de baja y en los partes de confirmación la fecha de la siguiente revisión médica y el que la misma deba realizarse en los plazos máximos previstos para cada tipo de proceso.

En el ejemplar para la empresa de estos partes constará, además de otros nuevos datos de menor interés, tanto la duración estimada de la baja médica como la fecha de la siguiente revisión médica.

### EMISIÓN CONJUNTA DE LA BAJA Y EL ALTA MÉDICA

La emisión en el mismo parte de la baja y del alta médica será obligatoria para aquellos procesos denominados "MUY CORTOS", es decir, de duración estimada inferior a cinco días.

Este alta médica podrá ser dejada sin efecto mediante la emisión del primer parte de confirmación.

Las empresas podrán tener conocimiento del proceso de baja médica cuando se produzca la reincorporación laboral del trabajador, incluso fuera del plazo general de tres días con el que cuenta el mismo para entregar a la empresa su copia del parte médico de baja, ya que en estos supuestos se dilata tal obligación a las 24 horas siguientes a la fecha del alta médica o a la del parte de confirmación que deje sin efecto la misma.

### PERIODICIDAD DE LAS CITACIONES A REVISIÓN MÉDICA

En función de la duración estimada de la baja médica, consignada por el médico en el parte de baja o de confirmación, las sucesivas citaciones a revisión médica no deberán superar los plazos establecidos para los diferentes procesos. Recordamos que en estos supuestos, tanto en el ejemplar de los partes para la mutua como en el destinado para la empresa constará la fecha de la siguiente revisión médica.

La emisión de los partes de confirmación ya no será siempre, en consecuencia, de la misma periodicidad de siete días prevista en la normativa hasta ahora vigente, sino que todos los servicios públicos de salud y las mutuas los deberán emitir conforme vayan desarrollándose las revisiones médicas establecidas.



## TRAMITACIÓN DE LOS PARTES MÉDICOS

La empresa o el profesional colegiado correspondiente tienen la obligación de transmitir al INSS los partes de incapacidad temporal presentados por los trabajadores, a través del sistema RED, en un plazo máximo de tres días hábiles a partir de su recepción. Esta obligación se extiende por la Orden a las empresas colaboradoras voluntarias con la Seguridad Social, aun cuando hayan asumido el pago a su cargo de la prestación económica de incapacidad temporal.

La comunicación telemática determinará que no deban comunicarse en soporte papel los partes de incapacidad temporal, que no obstante deberán ser conservados durante un plazo de cuatro años.



En los procesos en los que proceda el pago directo del subsidio, corresponderá a los interesados presentar ante la entidad gestora o colaboradora los partes médicos de incapacidad temporal, utilizando para ello la copia destinada a la empresa. El plazo para ello será de tres días contados a partir del día de expedición del parte de que se trate, salvo en relación con el de alta, en el que el plazo será de 24 horas, también aplicable para los supuestos de partes simultáneos de baja/alta, a contar desde la fecha de esta última, y de partes de confirmación que anulen el alta médica emitida simultáneamente con la baja.

## FECHA DE EFECTOS DE LA EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ALTA MÉDICA

El alta médica sin propuesta de incapacidad permanente determinará la extinción de la situación de incapacidad temporal y del consiguiente subsidio el mismo día de su expedición, no prorrogándose la prestación a los días festivos inmediatamente posteriores.

## PAGO DIRECTO DEL SUBSIDIO DURANTE LA JUBILACIÓN PARCIAL

En los supuestos de jubilación parcial no procederá la colaboración obligatoria de las empresas cuando concurra la incapacidad temporal del trabajador, que deberá solicitar el pago directo del subsidio a la entidad gestora o colaboradora que asegure la prestación.



# ANEXO 1

## 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)   
 Período de observación por enfermedad profesional

**ENTIDAD EMISORA**  
 SPS  INSS/ISM  MUTUA

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 |
| 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)

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| 20-41104 | DIAGNÓSTICO  |  | Código CIE-9<br>(Todas las contingencias)                        |
|          | CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: |  | Código CIE-10<br>(Sólo en EP)                                    |
| P.9      | Fecha de AT o EP                                       | Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> |  |
|          | Código de enfermedad profesional                       | Tipo de asistencia: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/>   |  |
|          | Parte del cuerpo dañada <sup>(1)</sup>                 |  |  |
|          | <sup>(1)</sup> Sólo en caso de accidente de trabajo    |  |  |
| 8-021    | TIPO DE PROCESO  | Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/><br>Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>           | DURACIÓN ESTIMADA<br>[ ] [ ] [ ] días                            |
|          |  |  | Fecha de la siguiente revisión médica<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |

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<sup>(2)</sup> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

P.9 <sup>(2)</sup> 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.

Ejemplar para el TRABAJADOR

| PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL                               |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |
|---|----------------------|---|-------------------|--|---|------------------------------------|---|---|---|--|
| <b>Tipo de contingencia:</b>  |                      |   |                   |  | <b>ENTIDAD EMISORA</b>  |                                    |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC)                                  |                      | <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL)                       |                   | <input type="checkbox"/> SPS   |   | <input type="checkbox"/> INSS/ISM  |   | <input type="checkbox"/> MUTUA  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT)                              |                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP)                      |                   | <input type="checkbox"/> Periodo de observación por enfermedad profesional |   |                                    |   |   |   |  |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>   |                      |   |                   |  | <b>SITUACIÓN:</b>   |                                    |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> ACTIVO   |                      |   |                   |  | <input type="checkbox"/> 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) |   |   |   |  |
| <b>CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:</b>                   |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |
| Fecha de AT o EP <input type="text"/>   |                      |   |                   |  | Level <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>                     |                                    | Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> |   | Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> |  |
| <small>(1) Sólo en caso de accidente de trabajo</small>                         |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |
| <b>TIPO DE PROCESO</b>  |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Muy corto  |                      | <input type="checkbox"/> Medio  |                   | <b>DURACIÓN ESTIMADA</b>   |   |                                    | <b>Fecha de la siguiente revisión médica</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Corto  |                      | <input type="checkbox"/> Largo  |                   | <input type="text"/> días  |   |                                    | <input type="text"/>                          |   |   |  |
| <b>P. 8</b>   |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |
| <b>PARTE DE BAJA</b> <input type="checkbox"/>                                   |                      | <b>Fecha de la baja</b> <input type="text"/>                              |                   |  | <b>DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/<br/>DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</b> |                                    |   | <b>CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:</b>  |   |  |
| Recaída: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                |                      | Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída <input type="text"/> |                   |  |   |                                    |   | <input type="checkbox"/> Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual |   |  |
| <b>PARTE DE ALTA</b> <input type="checkbox"/>                                   |                      | <b>Fecha del alta<sup>(2)</sup></b> <input type="text"/>                  |                   |  |   |                                    |   | <input type="checkbox"/> Fallecimiento  |   |  |
|   |                      |   |                   |  | Firma, fecha y sello  |                                    |   | <input type="checkbox"/> Propuesta de incapacidad permanente                    |   |  |
|   |                      |   |                   |  | <b>Nº de colegiado</b>  |                                    |   | <input type="checkbox"/> Inicio de situación de maternidad                      |   |  |
|   |                      |   |                   |  | <input type="text"/>  |                                    |   | <input type="checkbox"/> Incomparecencia  |   |  |
|   |                      |   |                   |  | <b>Nº de identificación del facultativo</b>                       |                                    |   |   |   |  |
|   |                      |   |                   |  | <input type="text"/>  |                                    |   |   |   |  |
| <b>P. 9</b> (2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. |                      |   |                   |  |   |                                    |   |   |   |  |

Ejemplar para la EMPRESA

**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

2014104  
E9  
R401

- (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.

# ANEXO 2

**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       MUTUA

NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: ..... **SITUACIÓN**

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: ..... ACTIVO     PERCEPTOR

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: ..... DE DESEMPLEO

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

EMPRESA: .....

FECHA DE LA BAJA

FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN       N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

TIPO DE PROCESO    Muy corto     Medio       DURACIÓN ESTIMADA      **Fecha de la siguiente revisión médica**

Corto     Largo        días

**DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN ..... (Todas las contingencias) Código CIE-9     (Sólo en EP) Código CIE-10

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA .....

**SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS**

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO

**PASE A CONTROL DEL INSS**

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT

**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

**N° de colegiado**

**N° de identificación del facultativo**

Ejemplar para el TRABAJADOR

| PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL  |   | ENTIDAD EMISORA  |
|---|---|--|
| Tipo de contingencia:   | <input type="checkbox"/> Enfermedad común (EC) <input type="checkbox"/> Accidente no laboral (ANL)<br><input type="checkbox"/> Accidente de trabajo (AT) <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional (EP)<br><input type="checkbox"/> Periodo de observación por enfermedad profesional | SPS <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/>  |
| NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: .....<br>NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: .....<br>NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: .....<br>NOMBRE Y APELLIDOS: .....<br>EMPRESA: ..... |   | <b>SITUACIÓN</b><br>ACTIVO <input type="checkbox"/> PERCEPTOR <input type="checkbox"/><br>DE DESEMPLEO<br>CONTRIBUTIVO |
| FECHA DE LA BAJA <input style="width: 50px;" type="text"/>  | FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN <input style="width: 50px;" type="text"/>   | N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN <input style="width: 30px;" type="text"/>   |
| TIPO DE PROCESO    Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/><br>Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>               | DURACIÓN ESTIMADA <input style="width: 30px;" type="text"/> días  | Fecha de la siguiente revisión médica <input style="width: 50px;" type="text"/>  |
| <b>DATOS OBLIGATORIOS</b>   |   |  |
| CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN(1) <input style="width: 30px;" 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.   |   |  |
| <b>SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS</b>  |   |  |
| 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.  |  |
| <b>PASE A CONTROL DEL INSS</b>  |   |  |
| FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT(3) <input style="width: 50px;" 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/<br>DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR   |   | Firma, fecha y sello   |
| N° de colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>   |   | N° de identificación del facultativo <input style="width: 50px;" type="text"/>   |

Ejemplar para la EMPRESA

