

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA MÉDICA

Tipo de contingencia: {

Enfermedad común(EC) ☒

Accidente de trabajo(AT) ☐

Accidente no Laboral(ANL) ☐

Enfermedad profesional(EP) ☐

Periodo de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA

SPS ☐

INSS/ISM ☐

MUTUA ☒

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACION:

ACTIVO ☐

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido		Segundo apellido:		Nombre			DNI-NIE-pasaporte			
INGA DONAYRE				ANA MARIA			Y8012498W			
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social	Domicilio habitual:(Calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
	031144335018	CL CARBALLINO			7			1	D	
Localidad				Provincia		Código Postal		Teléfono móvil		Teléfono fijo
MADRID				MADRID		28024		642244716		
Nombre de la empresa				Puesto de trabajo				Código nacional de ocupación(CNO)		
LIMPIEZAS LOMA, S.A. 28/324345/54-0111				PERSONAL DE LIMPIEZA				<div><div>9</div><div>2</div><div>1</div><div>0</div></div>		

Fecha asistencia

26

07

2024

Entidad prestadora del servicio: IBERMUTUA

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

JOSE VICENTE GRANJA REGUERA

Ibermutua

Ibermutua

Firma, fecha y sello

26/07/2024

Nº de colegiado

282844039-3

Nº de identificación del facultativo