

# INFORME DE DATOS

Contingencia:

Fecha de Baja:

Indicativo de Recaída:

Tipo de Proceso:

Duración estimada:

Fecha siguiente revisión:

Número de parte de confirmación:

Fecha de confirmación:

Número de Colegiado:

CIAS:

Traslado a otro SPS:

Fecha de pase a control del INSS:

Otros partes de confirmación recibidos:

Á Nº de parte	Fecha de	Á Nº de parte	Fecha de
Á		Á	



FECHA DEL INFORME  
DE DATOS: