



D^a. Nuria Cruz Moreno Sierra con DNI 20260710X, en representación de la entidad El Angel de Pekin SL con CIF B82917063 (BARCO PIRATA)

COMUNICA:

Debido a una incapacidad temporal del actor del espectáculo **14.4** El Ángel de Pekin SL (BARCO PIRATA) se ve obligado a cancelar todas las funciones previstas hasta el 21 de noviembre de 2025.

Lamentamos profundamente las molestias que esta situación pueda ocasionar y agradecemos la comprensión y colaboración de los teatros, equipos técnicos y públicos implicados.

Un saludo

21/11/25 a las 19:00h

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN 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 ☒MUTUA ☐NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA ⁽¹⁾: LYHK900101504019

SITUACIÓN

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 281181584117

ACTIVO ☒ PERCEPTOR/A DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: 05944278C

NOMBRE Y APELLIDOS: AHMED EL YOUNOUSSI HOUKKI

EMPRESA:

FECHA DE LA BAJA: 04/09/2025

FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 17/10/2025

Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN: 2

TIPO DE PROCESO: Muy corto ☐ Medio ☐

DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de la siguiente revisión médica ⁽²⁾Corto ☐ Largo ☒

90 días

21/11/2025

DIAGNÓSTICO CON DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

Código CIE-9/10

(Todas las contingencias)

F32

Código CIE-10

(Sólo en EP)

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL EN ESTA FECHA

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DE LA PERSONA TRABAJADORA A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO ⁽³⁾

PASA A CONTROL DEL INSS

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

03/09/2026

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. 175.3 de la Ley General de la Seguridad Social.

FACULTATIVO/A-CIAS MÉDICO/A
INSPECTOR/A

Medina Muñoz, Sara

17/10/2025

Firma y fecha

Nº de colegiado/a

2828737516

Nº identificación del facultativo/a

1604190125V

(1) Documento sanitario simulador.

(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-soc-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

Firmado electrónicamente por: Medina Muñoz, Sara
Fecha: 2025.10.17 19:40:37 CEST - Documento: Parte de IT
Huella Digital: d308f6731dda1e51b807a32af43abd5e1e7c7cdc