



DISEÑO ALTAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL SALA SEGURA

NOMBRE CAMPO	DESCRIPCIÓN
NAF	Número de afiliación
SEXO	Sexo
FECHA NACIMIENTO	Fecha de nacimiento
PROVINCIA	Provincia de trámite
PROVINCIA MÉDICA	Provincia a efectos médicos
RÉGIMEN	Régimen de cotización a la Seguridad Social
ENTIDAD	INSS / ISM / MUTUA
CONTINGENCIA	Tipo de contingencia
DIAGNÓSTICO DEL PROCESO	Con este campo quedaría identificado el diagnóstico COVID
CNO	Código Nacional de Ocupación
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
TIPO DE CONTRATO	Tipo de contrato
RANGO DE EDAD	Rango de edad
ENTIDAD GESTORA	Entidad responsable del pago
TIPO DE RELACIÓN LABORAL	Tipo de relación laboral
CAUSA AGOTAMIENTO IT	Causa del agotamiento de la prestación
FECHA AGOTAMIENTO IT	Fecha del agotamiento de la prestación
CAUSA AGOTAMIENTO PAGO DELEGADO	Causa del agotamiento del pago delegado
FECHA AGOTAMIENTO PAGO DELEGADO	Fecha del agotamiento del pago delegado
RECAÍDA	SI/NO
TIPO DE PROCESO	Tipo de proceso
FECHA DE BAJA	Fecha de la baja
DURACIÓN IT	Duración de la prestación