

**INCIDENCIA ACREDIT@****DIRECCIÓN  
PROVINCIAL\*****MES LIQUIDACIÓN \*  
(mm/aa)****FECHA  
TRANSMISIÓN  
INCIDENCIA\*****DATOS EMPRESA /GRUPO****CCC\*****CCC GRUPO****ENTIDAD  
PAGO\*\*****CORREO ELECTRÓNICO  
(PARA RESPUESTA)\*****DATOS TRABAJADOR/A****NAF\*****IPF\*****DATOS DE LOS PARTES DE IT EMITIDOS POR EL SPS/MCSS, PRESENTADOS POR EL  
TRABAJADOR/A****FECHA BAJA\*****PROVINCIA  
BAJA\*****FECHA ALTA****CONTINGENCIA  
(1/2/3/4/5)\*****RECAIDA\*  
S/N****FECHA DE PROCESO  
ANTERIOR RECAIDA\*\*\*****DATOS DEL PAGO DELEGADO EFECTUADO POR LA EMPRESA****FECHA INICIO PAGO  
DELEGADO****FECHA FIN PAGO  
DELEGADO****OBSERVACIONES\***

\* Campo a rellenar obligatoriamente.

\*\* Entidad de pago: 777 INSS; 666 Empresa Colaboradora; XXX Mutua Colaboradora con la SS; 888 ISM. Campo a rellenar obligatoriamente.

\*\*\* En caso de recaída se cumplimentará obligatoriamente la fecha de baja del proceso de IT inmediatamente anterior del que éste es recaída.