

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPUBLICA DE
COLOMBIA**

COL/ECUA-04

CERTIFICADO DE TRASLADO TEMPORAL
(Artículo 14 del Acuerdo)

A COMPLEMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDEPENDIENTE

1. DATOS DEL TRABAJADOR: ASALARIADO O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

Apellido(s):

Nombre(s):

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:

Número de identificación personal: Ecuador: Colombia:

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:

Régimen Contributivo de Salud:

Sistema General de Pensiones:

Sistema General de Riesgos Laborales:

Profesión/ Actividad:

Dirección habitual:

Email:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (para trabajadores asalariados o dependientes) O DE LA ACTIVIDAD AUTÓNOMA (para trabajadores por cuenta propia o independientes) DEL PAÍS ASEGURADOR.

Nombre o razón social:

Nº de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT

Ramo o Actividad Principal:

Dirección:

Teléfono: Email:

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

Fecha inicial del desplazamiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

Periodo que se solicita: Desde:

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta:

D	D	M	M	A	A	A	A

El trabajador va a ejercer la actividad profesional en el siguiente centro de trabajo:

Nombre o razón social:

Nº de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPUBLICA DE
COLOMBIA**

COL/ECUA-04

Dirección:

Teléfono: Email:

COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS ASEGURADOR

4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR

Denominación:

Dirección:

Declara que el trabajador:

Permanece sometido a la legislación de: Ecuador Colombia

Durante el periodo: desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá complementarse por triplicado ejemplar en letra tipo imprenta, en el supuesto de trabajadores, ecuatorianos o colombianos, que se desplacen al otro país por un periodo inferior a dos años.

La Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del empleador o trabajador por cuenta propia, remitiendo uno al solicitante y otro a la Institución Competente del país receptor.

Indicaciones para el empleador o trabajador:

Si el traslado o el desplazamiento se prolongan mas allá de los dos años inicialmente previstos, el empleador o el trabajador por cuenta propia deberán formular una solicitud de prórroga no superior a un año debidamente justificada ante la Institución Competente del país asegurador, con tres meses de antelación a la finalización del periodo autorizado.

NOTA COLOMBIANA: De conformidad con el principio de territorialidad establecido en la Ley 100 de 1993 y de conformidad con el Decreto 2710 de 2010, los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se prestarán únicamente en Colombia.

AUTORIDADES COMPETENTES

(Artículo 5 Acuerdo)

En Ecuador:

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dirección:

Teléfono.

Email.

En Colombia:

MINISTERIO DE TRABAJO

Carrera 14 No. 99 - 33

Bogotá – Colombia

PBX: 489-3900 / 489-3100

www.mintrabajo.gov.co.