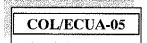
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA



PRÓRROGA DE TRASLADO TEMPORAL Artículo 14, apartado 1, literales b) y d) y Artículo 15, apartado 2 del Acuerdo

A COMPLEMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDEPENDIENTE

1. INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)
Nombre:
Dirección:
2. DATOS DEL TRABAJADOR: ASALARIADO O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE
Apellido(s): Nombre:
and the control of t The control of the control of
Fecha de nacimiento:
Número de identificación personal: Ecuador
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:
3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO
El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario ECUA/COL-04 autorizado para el periodo:
Desde Dom Maaa Aaa hasta Dom Maaa Aaa pedido por la
siguiente Institución:
Nombre:
Dirección:
El trabajador sigue trasladado o continua ejerciendo la actividad en el siguiente centro de trabajo:
Nombre o razón social:
Dirección:
Teléfono:Email:
Nº de identificación: Para Ecuador:
Dana Calambia: NIT.

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

Г	COL/ECUA-05

Se solicita que conti Durante el periodo:	ח ח	egislación de:	Ecuador [Colombia D M	M A A A A
A DATOS IDENTIFIC	CATIVOS DE LA I	EMPRESA (pa	ra trabajadores as enta propia o indep	salariados o de endientes) DEL	pendientes) O DE LA PAÍS ASEGURADOR
Nombre o razón soc	ial:				
Ramo o actividad pr	incipal:				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
Nº de identificación:	Para Ecuador:				*** *** *** *** *** *** *** *** ***
	Para Colombia: NI	T:			······································
Dirección:					
Teléfono:		Email:			
Sello		Fecha:	D D M M A	A A A	e epis professor
		Firma:			••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
			CIÓN COMPETENTI	E DEL PAÍS DE	DESTINO
5. LA INSTITUCIÓN (
Denominación:		***************************************		***************************************	
Dirección:	********************************			***************************************	
	•	•			
			on estar de couo	rdo	
DECLARA:	Estar de acuerdo	0	no estar de acue	iuo	
·	or:legislación de la Se	and the second second	de: 🗌 Ecuador		ombìa
·	legislación de la Se	and the second second			ombia
Siga sometido a la	legislación de la Se	and the second second	de: Ecuador		ombia
Siga sometido a la	legislación de la Se	eguridad Social	de: Ecuador		ombia
Siga sometido a la	legislación de la Se	eguridad Social	de: Ecuador		ombia
Siga sometido a la	legislación de la Se	eguridad Social	de: Ecuador		ombia

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



INSTRUCCIONES

El formulario deberá complementarse por cuadruplicado ejemplar en letra tipo imprenta.

Una vez complementado por el empleador o trabajador o por cuenta propia será enviado por la Institución Competente del país asegurador a la Institución Competente del país de empleo.

Esta última Institución, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, devolverá tres ejemplares a la Institución Competente del país asegurador. La misma remitirá 2 ejemplares a la empresa solicitante o al trabajador por cuenta propia.

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.

Asimismo, bajo la legislación ecuatoriana, las prestaciones de salud no están cubiertas para los trabajadores desplazados a Ecuador por lo que se sugiere que dichas prestaciones mientras está en desplazamiento tenga un cubrimiento adicional.

(A) AUTORIDADES COMPETENTES

(Artículo 5 Acuerdo)

En Ecuador:	En Colombia:
INSTITUTO ECUATORIANO	MINISTERIO DE TRABAJO
DE SEGURIDAD SOCIAL	Carrera 14 No. 99 - 33
Dirección:	Bogotá – Colombia
Teléfono	PBX: 489-3900 / 489-3100
Email	www.mintrabajo.gov.co

.