

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE TRASLADO TEMPORAL
Artículo 7 del Convenio y 5.1 del Acuerdo Administrativo

A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

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

Apellido(s): Nombre:

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:

Número de identificación personal: España: (DNI) Colombia:

Nº de Seguridad Social en España:

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 por cuenta ajena 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 España: CCC NIF

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:

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 España: CCC: NIF.:

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:

A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS ASEGURADOR

4. LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR

Denominación:

Dirección:

Declara que el trabajador:

permanece sometido a la legislación de: España 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 cumplimentarse por triplicado ejemplar en letra tipo imprenta, en el supuesto de trabajadores, españoles o colombianos, que se desplacen al otro país por un periodo inferior a tres años.

La Institución y/o Autoridad 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 y/o Autoridad Competente del país receptor.

Indicaciones para el empleador o trabajador:

Si el traslado o el desplazamiento se prolonga mas allá de los tres años inicialmente previstos, el empleador o el trabajador por cuenta propia deberán formular una solicitud de prórroga debidamente justificada ante la Institución **y/o Autoridad** 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.

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

INSTITUCIONES Y/O AUTORIDADES COMPETENTES

En España, Instituciones Competentes:

Para los desplazamientos regulados en el artículo 7.1 letras a), c), e) y f) del Convenio las Direcciones Provinciales de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administraciones de la misma.

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Subdirección General de Afiliación, Cotización y Gestión del Sistema RED.
C/ Astros, 5 y 7
28007 MADRID

En Colombia, Autoridad Competente:

MINISTERIO DE TRABAJO
Carrera 14 No. 99 - 33
Bogotá – Colombia
PBX: 489-3900 / 489-3100
www.mintrabajo.gov.co

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

PRÓRROGA DE TRASLADO TEMPORAL
Artículo 7 del Convenio y artículo 5.2 del Acuerdo Administrativo

A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

1. INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)

Nombre:

Dirección:

2. DATOS DEL TRABAJADOR: CUENTA AJENA O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

Apellido(s): Nombre:

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:

Número de identificación personal: España: (DNI) Colombia:

Nº de Seguridad Social en España:

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 ES-CO.3 autorizado para el periodo:

Desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

 y expedido 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 España: CCC NIF

Para Colombia: NIT:

Se solicita que continúe sometido a la legislación de: España Colombia

Durante el periodo: desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

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

Nombre o razón social:

Ramo o actividad principal:

Nº de identificación: Para España: CCC NIF

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

5. LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

Denominación:.....

Dirección:

DECLARA: Estar de acuerdo no estar de acuerdo

En que el trabajador:

siga sometido a la legislación de la Seguridad Social de: España 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 cumplimentarse por cuadruplicado ejemplar en letra tipo imprenta. Una vez cumplimentado por el empleador o trabajador o por cuenta propia será enviado por la Institución y/o Autoridad Competente del país asegurador a la Institución y/o Autoridad Competente del país de empleo.

Esta última Institución y/o Autoridad, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, devolverá tres ejemplares a la Institución y/o Autoridad 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 española, las prestaciones de salud no están cubiertas para los trabajadores desplazados a España por lo que se sugiere que dichas prestaciones mientras está en desplazamiento tenga un cubrimiento adicional.

(A) INSTITUCIONES Y/O AUTORIDADES COMPETENTES

En España, Instituciones Competentes:
 TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 Subdirección General de Afiliación, Cotización y
 Gestión del Sistema RED.
 C/ Astros, 5 y 7
 28007 MADRID

En Colombia, Autoridad Competente:
 MINISTERIO DE TRABAJO
 Carrera 14 No.99 – 33
 Bogotá - Colombia
 PBX: 489-3900 / 489-3100
 www.mintrabajo.gov.co

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN
Artículo 7.1j) y k) del Convenio y artículo 5.5 del Acuerdo

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR

Apellido(s): Nombre:

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:

Número de identificación personal: España: (DNI) Colombia:

Nº de Seguridad Social en España:

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:

Régimen Contributivo de Salud: Sistema General de Pensiones:

Sistema General de Riesgos Laborales:

Dirección habitual:

Email:

2. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL

Ocupado desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 en la misión diplomática u oficina consular que se cita a continuación.....

Dirección:.....

Teléfono: Email:

Ejerce la siguiente actividad: (1)

O está al servicio privado de: (2)

Dirección:

Teléfono: Email:

3. DERECHO DE OPCIÓN (3)

El trabajador declara optar por la aplicación de la legislación de Seguridad Social de (4)

Conforme a lo establecido en el artículo: 7.1j) 7.1k) del Convenio.

Lugar y fecha:

Firma:

4. LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR

Denominación:

Dirección:

Declara que el trabajador está sometido a la legislación de: España Colombia

A partir de

D	D	M	M	A	A	A	A

 y mientras permanezca en esta situación.

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse por triplicado ejemplar en caracteres de imprenta.

La Institución y/o Autoridad competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del trabajador, remitiendo uno al solicitante y otro a la Institución Competente del país de empleo.

El trabajador conservará el formulario con objeto de acreditar su situación frente a la Seguridad Social en el país de empleo.

NOTAS

- (1) Indicar la actividad del interesado: administrativo, traductor, chofer etc.
- (2) Indicar nombres y apellidos del empleador
- (3) El derecho de opción sólo puede ser ejercido por los nacionales del país acreditante que no tengan la condición de funcionarios públicos. La opción deberá ser ejercida dentro de los tres primeros meses siguientes a la fecha de iniciación del trabajo
- (4) Indicar España o Colombia según proceda.
- (5) 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.
- (6) Asimismo, bajo la legislación española, las prestaciones de salud no están cubiertas para los trabajadores desplazados a España por lo que se sugiere que dichas prestaciones mientras está en desplazamiento tenga un cubrimiento adicional.

INSTITUCIONES Y/O AUTORIDADES COMPETENTES

En España, Instituciones Competentes:

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Subdirección General de Afiliación, Cotización y Gestión del Sistema RED.
C/ Astros, 5 y 7
28007 MADRID

En Colombia, Autoridad Competente:

MINISTERIO DE TRABAJO
Carrera 14 No. 99 - 33
Bogotá – Colombia
PBX: 489-3900 / 489-3100
www.mintrabajo.gov.co