CHI/COL-03

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL**
**ENTRE LA REPÚBLICA DE CHILE Y**
**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**CERTIFICADO DE TRASLADO O DESPLAZAMIENTO**
Según Articulo 7 del Convenio y 4° del Acuerdo Administrativo

**1. TRABAJADOR**

CÉDULA DE IDENTIDAD DE COLOMBIA - 

CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD o R.U.T EN CHILE -

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

**Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:**

- Régimen contributivo de Salud: _____
- Sistema General de Pensiones: _____
- Sistema General de Riesgos Profesionales: _____

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

DIRECCIÓN
(Calle, Número,Codigo Postal,Ciudad, Municipio, Comuna,País,Teléfono,E-mail)

**2. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO**
EMPRESA DE ORIGEN

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

R.U.T. EN CHILE

NRO. IDENTIFICACIÓN EN COLOMBIA

DIRECCIÓN
(Calle, Número,Codigo Postal,Ciudad, Municipio, Comuna,País,Teléfono,E-mail)

CHI/COL-03

**3. PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO**

| D D M M A A A A | D D M M A A A A |
|---|---|
| DESDE | HASTA |

**4. EMPRESA DESTINO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

NRO. IDENTIFICACION EN COLOMBIA / R.U.T. EN CHILE

DIRECCIÓN
(Calle, Número,Codigo Postal,Ciudad, Municipio, Comuna,País,Teléfono,E-mail)

**5. ORGANISMO DE ENLACE** (Este recuadro lo completa sólo el Organismo de Enlace)

EL TRABAJADOR QUEDA SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN:

COLOMBIA ☐
CHILE ☐

DESDE D D M M A A A A HASTA D D M M A A A A

NOMBRE DEL FUNCIONARIO COMPETENTE

NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE

TELÉFONO

TELEFAX Y/O CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA Y SELLO

D D M M A A A A
FECHA

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE
lle, Número,Código Postal,Ciudad, Municipio, Comuna,País,Teléfono,E-m

**NOTA**: 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.
Asímismo, bajo la legislación chilena, las prestaciones de salud no están cubiertas para los trabajadores desplazados a Chile, por lo que se sugiere que dichas prestaciones mientras está en desplazamiento tenga un cubrimiento adicional.

(1) SE DEBE LLENAR EL CERTIFICADO A MÁQUINA O CON LETRA IMPRENTA

(2) EL PERÍODO MÁXIMO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO NO PODRÁ EXCEDER DE 2 AÑOS