

**Acuerdo Colombia - Uruguay de Seguridad Social****Prorroga de Traslado Temporario**

Según Artículo 5 del Acuerdo y 3 del Reglamento Administrativo

Número de Expediente a que corresponde
Uruguay
Colombia

**1 - Datos Identificativos del Trabajador**

Apellido(s) \*: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de expedición del documento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_

N° de Afiliación: \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

N° de Póliza: \_\_\_\_\_

N° de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección en el País de Origen: \_\_\_\_\_

\* Cuando se trate de mujer casada deberá también consignar el apellido de soltera

**Familiares y Asimilados que acompañen al trabajador en el traslado**

Apellido(s) y Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento	Parentesco

**2 - Datos identificativos de la Empresa del País de Origen**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

N° de Identificación o Inscripción: \_\_\_\_\_

Actividad Principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**3 - Solicitud de Prórroga**

El trabajador citado en el punto 1 fue trasladado al establecimiento que se indica a continuación, según el certificado (COL/URU Traslado Temporario 03) presentado el

DD	MES	AAAA
DD	MES	AAAA

para el periodo comprendido entre el

DD	MES	AAAA
----	-----	------

y el

Por lo tanto se solicita la prórroga de la sujeción del mismo a la legislación del país:

Uruguay

Colombia

Por el período comprendido entre el

DD	MES	AAAA
----	-----	------

y el

DD	MES	AAAA
----	-----	------

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N° de Identificación o Inscripción: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Sello

Firma

<b>A CUMPLIMENTAR POR EL ORGANISMO DE ENLACE DEL PAIS DE DESTINO</b>
--

**4 - El Organismo de Enlace del País de destino**

Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Declara:**

Estar de acuerdo

No estar de acuerdo

En que el trabajador precedentemente nombrado siga sujeto a la legislación de la Seguridad Social de

 Uruguay Colombia

Durante el período del

DD	MM	AAAA	al /a	DD	MM	AAAA
----	----	------	-------	----	----	------

Lugar y Fecha:

DD	MM	AAAA
----	----	------

---

 Sello

---

 Firma
**Instrucciones:**

El formulario deberá cumplimentarse por la empresa, por quintuplicado, y cada ejemplar deberá completarse en caracteres de imprenta.

Una vez cumplimentado por la empresa será presentado ante el Organismo de Enlace donde la misma tiene su sede, con 30 días de antelación mínima al vencimiento del traslado autorizado.