	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

NOTA: EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO CONSTRUIDO EN BASE AL TEXTO ORIGINAL DE LA RESOLUCIÓN No. C.D. 524 DE 23 DE MAYO DE 2016 Y SU REFORMA.

DISPOSICIONES DE APLICACIÓN INTERNA DEL ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR


Artículo 1.- La Dirección del Sistema de Pensiones será la responsable de otorgar las prestaciones contributivas del Seguro General Obligatorio, en lo que se refiere al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que incluye pensiones de supervivencia a viudas y huérfanos y el auxilio de funerales, con sujeción a las disposiciones del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador.

Artículo 2.- La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, funcionará como Oficina de Enlace Nacional para la aplicación operativa del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador, cumpliendo entre otras las siguientes actividades:

1. Informará sobre la aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador y entregará los formularios requeridos según corresponda.
2. Receptará las solicitudes de prestaciones en los formularios acordados conjuntamente con la documentación requerida, debidamente verificados y certificados; y, las remitirá a los Organismos de Enlace de Colombia.
3. Receptará los formularios y la documentación enviada por los Organismos de Enlace Colombiano; y, remitirá la misma según corresponda a la Dirección General, Direcciones Provinciales o Direcciones de los Seguros Especializados.
4. Tramitará también las solicitudes de traslados o desplazamientos temporáneos de los afiliados ecuatorianos a la República de Colombia y de los afiliados colombianos a la República del Ecuador.
5. Notificará a quien corresponda, sobre las resoluciones e información de las prestaciones.
6. Informará a la Oficina de Enlace Colombiano y a los beneficiarios del Convenio sobre el estado de los trámites.
7. Certificará y remitirá a la Oficina de Enlace o a las Instituciones Competentes de Colombia, la documentación relacionada con la aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador.
8. Mantendrá un registro de los trámites al amparo del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador; debiendo mantener actualizado la base de datos estadísticos como Organismo de Enlace.

Artículo 3.- Las Direcciones Provinciales del IESS, funcionarán en coordinación con la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, como Oficinas de Enlace Provinciales para la aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador,

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

desarrollando en su jurisdicción provincial, actividades similares a las de la Oficina de Enlace Nacional.

Las Direcciones Provinciales remitirán la documentación recibida a la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, para que proceda a emitir el acuerdo respectivo.

Artículo 4.- Las calificaciones de invalidez para aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador, las realizarán en el Ecuador las Comisiones Provinciales de Valuación de Incapacidades a cargo del Sistema de Pensiones.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- La Dirección General dispondrá a la Dirección del Sistema de Pensiones, a la Dirección Nacional de Tecnología de la Información, a la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura y a las Direcciones Provinciales, la ejecución oportuna y adecuada de la presente Resolución.


SEGUNDA.- Los formularios de implementación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador con sujeción a lo que dispone el numeral 3 del artículo 9 del referido Acuerdo, son los que se anexan a la presente Resolución y que constan en el siguiente cuadro resumen:

FORMULARIO	DENOMINACIÓN	REFERENCIA ARTÍCULOS DEL ACUERDO
ECU/COL-01	Formulario de Períodos de Seguro Acreditados	Artículos 11, 16 y 21.
ECU/COL-02	Solicitud	Artículos 19, 20 y 21.
ECU/COL-03	Informe Médico Detallado	Artículos 21, 22 y 23.
ECU/COL-04	Certificado de Traslado Temporal	Artículos 14.
ECU/COL-05	Prórroga de Traslado Temporal	Artículo 14, apartado 1, literal b) y d) y Artículo 15, apartado 2.
ECU/COL-06	Ejercicio del Derecho de Opción	Artículo 14, apartado 1, literal i) y j).

NOTA: Disposición General Segunda, reformada por artículo 1 de la Resolución de Consejo Directivo No. C.D 551 de 24 de abril de 2017, texto actual: “SEGUNDA.- *Los formularios de implementación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador con sujeción a lo que dispone el numeral 3 del artículo 9 del referido Acuerdo, con los que se anexan a la presente Resolución y que constan en el siguiente cuadro resumen:*

FORMULARIO	DENOMINACIÓN	REFERENCIA ARTÍCULOS DE ACUERDO
<i>COL/ECUA-01</i>	<i>Formulario de períodos de seguro acreditados</i>	<i>Artículos 11,16 y 21.</i>
<i>COL/ECUA-02</i>	<i>Solicitud</i>	<i>Artículos 19,20 y 21.</i>
<i>COL/ECUA-03</i>	<i>Informe médico detallado</i>	<i>Artículos 21, 22 y 23.</i>
<i>COL/ECUA-04</i>	<i>Certificado de Traslado Temporal</i>	<i>Artículo 14.</i>
<i>COL/ECUA-05</i>	<i>Prórroga de Traslado Temporal</i>	<i>Artículo 14 apartado 1, literal b) y d); Artículo 15, apartado 2.</i>

DEROGADA	●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO	●	PERÍODO DE VIGENCIA	●
----------	---	------------------------------------	---	---------------------	---

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-06	<i>Ejercicio del Derecho de Opción</i>	<i>Artículo 14, apartado 1, literal i) y j).</i>
--------------------	--	--

Modificación vigente desde el 24 de abril de 2017.

TERCERA.- Las solicitudes de traslados o desplazamientos temporarios de los afiliados colombianos a la República del Ecuador y de los afiliados ecuatorianos a la República de Colombia, facultados en el artículo 14 del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador; serán resueltos por la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura.

CUARTA.- Las solicitudes de prórrogas de desplazamientos temporarios de los afiliados colombianos a la República del Ecuador y de los afiliados ecuatorianos a la República de Colombia, facultados en el artículo 14 del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador; serán resueltos por la Dirección General del IESS.

QUINTA.- La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura emitirá de ser el caso, el informe favorable, estableciendo el cumplimiento de la normativa vigente, incluyendo la verificación de que los solicitantes no se encuentren afiliados al IESS, previo a la autorización de prórroga de desplazamiento por parte de la Dirección General del IESS.

SEXTA.- Las solicitudes de prórrogas de desplazamientos se autorizarán con sujeción a las disposiciones establecidas en el Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador.

SÉPTIMA.- Una vez concluido, según el caso, el período establecido por el Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador o el período de prórroga debidamente autorizado, los trabajadores afiliados a la seguridad social de la otra Parte Contratante comprendido en una u otra situación, de continuar laborando en el Ecuador, deberán afiliarse al IESS, con sujeción a las disposiciones de la Constitución de la República, Ley de Seguridad Social; y, demás normativa legal vigente.


OCTAVA.- Las solicitudes de prórroga de desplazamiento se recibirán en el IESS, siempre y cuando su presentación se realice dentro de los plazos determinados en Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador.

NOVENA.- Las Direcciones Provinciales dentro de su jurisdicción, verificarán y dispondrán las acciones correspondientes para que los trabajadores afiliados a la seguridad social de la otra Parte Contratante que laboren en el país por el tiempo establecido en Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador, sin haber obtenido autorización de prórroga, se encuentren afiliados al IESS.

DÉCIMA.- La Dirección del Sistema de Pensiones y la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura remitirán trimestralmente a la Dirección Actuarial la información estadística sobre la aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador.

La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura elaborará el informe estadístico anual que la Dirección General remitirá a los Organismos de Enlace correspondientes.

DEROGADA	●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO	●	PERÍODO DE VIGENCIA	●
----------	---	------------------------------------	---	---------------------	---


	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- La Dirección de Comunicación Social del IESS, difundirá a nivel nacional los beneficios a los cuales pueden acogerse los ciudadanos amparados por el Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador, así como los requerimientos para acceder a los mismos.

SEGUNDA.- La Dirección Nacional de Tecnología de la Información implementará los procesos informáticos requeridos para la aplicación de la presente Resolución.

TEXTO REFERENCIAL

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

ECU/COL-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

Artículos 11, 16 y 21 del Acuerdo Administrativo.


El presente formulario será cumplimentado en la parte que le afecte, por la Entidad Gestora ante la cual se presente la solicitud y remitido, en duplicado ejemplar, a la Institución de enlace competente de la otra Parte donde el asegurado alega haber cotizado. Ésta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los períodos efectivos de cotización de acuerdo con su legislación.

N° de referencia en Ecuador:

Fecha de presentación de la solicitud de informe: DD..... MM..... AAA.....

1	Entidad Gestora destinataria competente.
1.1.	Denominación.....
1.2.	Dirección (1).....
1.3.	Correo electrónico.....

2	Datos relativos al asegurado:		
2.1.	Primer apellido	Segundo apellido (2)	Nombre
2.2.	Apellido de nacimiento (3)	Nombre del padre	Nombre de la madre
2.3.	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
	Día.....mes.....año.....		
2.4.	Sexo: M..... F..... Nacionalidad (4)		
2.5.	Estado civil: (5)		
	Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho:		
	Fecha del divorcio o de separación si es unión de hecho:		
2.6.	DNI/NIE. (6).....		
	Tipo de documento (C.C., C.E, T.I.R.C. o NUIP) (6)		No. de documento.....
	(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombia)		
2.7.	Domicilio habitual (1)		
2.8.	Número de afiliación a la Seguridad Social (7)	En Ecuador:	
		En Colombia:	
2.9.	Correo electrónico.....		

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.


**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

ECU/COL-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

3	Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado, aclarando si las actividades son o no de alto riesgo.				
3.1	En Ecuador				
	Nombre de la empresa	Dirección y provincia	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Naturaleza de la actividad

3.2	En Colombia (8)				
	Nombre de la empresa	Dirección y provincia	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Naturaleza de la actividad (8)


	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

ECU/COL-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

4	Datos sobre los periodos de seguro.			
4.1	Periodos de seguro acreditados en Ecuador.			
	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Voluntarios (días)	Obligatorios (días)
				Equivalentes (días)
	TOTAL:			

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

ECU/COL-01

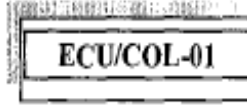
FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

4.2 Períodos de seguro acreditados en Colombia.

Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Obligatorios (días)	Equivalentes (días)
TOTAL:				

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**



FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

Institución de Ecuador.

Denominación:
.....

Dirección: (1)
.....
.....


Sello: Fecha:
Firma

Institución de Colombia

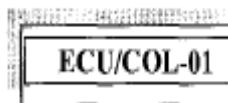
Denominación:
.....

Dirección:
.....
.....

Sello: Fecha: Firma:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**




FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

INSTRUCCIONES.

El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS.

1. Para Ecuador, indicar: la dirección del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
2. Para nacionales ecuatorianos es imprescindible el segundo apellido.
3. Para las mujeres casadas.
4. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
5. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión marital de hecho
6. Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE). Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE), Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)
7. En Ecuador: Número de cédula de identidad.
En Colombia Tipo y Número de identificación
8. En Colombia deberá acreditar tiempos servidos en iguales condiciones. La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
 1. Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
 2. Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud ocupacional.
 3. Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 4. Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
 5. En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, la actividad de los técnicos aeronáuticos con funciones de controladores de tránsito aéreo, con licencia expedida o reconocida por la Oficina de Registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, de conformidad con las normas vigentes.
 6. En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.
 7. En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA
SOLICITUD

VEJEZ INVALIDEZ SUPERVIVENCIA

El presente formulario será diligenciado por la Entidad Gestora ante la cual se presente la solicitud de acuerdo con los documentos allegados por el solicitante, y será remitido al Organismo de Enlace competente de la otra parte, donde el asegurado alega haber cotizado.

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo Administrativo.

Fecha de presentación: Día..... Mes..... Año..... Nº de referencia en Ecuador:.....

1 Destinatario:

1.1. Denominación :.....
 1.2. Dirección (1) :.....
 1.3. Correo Electrónico:.....

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1. Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
.....
2.2. Apellidos de nacimiento (2)	Nombre del padre	Nombre de la madre
.....
2.3. Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Lugar de nacimiento
2.4. Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (3)
2.5. Estado civil: (4)	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo	
	Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho:	Día Mes Año
	Fecha del divorcio, o de la separación si es unión libre:	Día Mes..... Año
2.6. DN/MIE (5)	.....
Tipo de documento (C.C., C.E., T.I, R.C o NUIP) (6) No. de documento		
(Por favor anexas fotocopia del documento expedido en Colombia, en el caso de corresponder)		
2.7. Domicilio habitual (1)	.....
2.8. Número de afiliación a la Seguridad Social (6)	En Ecuador: En Colombia:	
2.9. Fecha de fallecimiento.	Día.....mes.....año.....	Lugar de fallecimiento.....
2.10. Causa de fallecimiento.....	.....
2.11. El asegurado (7)	<input type="checkbox"/> Ejerce <input type="checkbox"/> una actividad asalariada <input type="checkbox"/> No ejerce <input type="checkbox"/> una actividad independiente	
2.12. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral	Día Mes Año	
2.13. ¿Se encuentra afiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. (11)	
Cuál ?	Cotizante	Beneficiario(s)
2.14. ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (8)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.15. El asegurado (7)	<input type="checkbox"/> percibe <input type="checkbox"/> no percibe una pensión o renta <input type="checkbox"/> ha sido <input type="checkbox"/> no ha sido titular de una pensión o renta	
2.16. En caso afirmativo :	Institución que concedió la pensión	
	Importe mensual de la pensión.....	
	Número de pagas al año	
2.17. Correo electrónico: .....	.....

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

3 Datos relativos al solicitante en caso de supervivencia. (14)

3.1. Primer apellido Segundo apellido Nombre

3.2. Apellidos de nacimiento (2) Nombre del padre Nombre de la madre

3.3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

3.4. Sexo: F M Nacionalidad (3)

3.5. Tipo de documento de identificación en Colombia (5) No. de documento En Ecuador

(Por favor anexas fotocopia del documento expedido en Colombia, en el caso de corresponder)

3.6. Parentesco con el Causante:

3.7. Fecha de matrimonio o unión libre: Día Mes Año

Fecha de divorcio o separación si es unión libre: Día Mes Año

Ha contraído nuevo matrimonio (7) SI NO Fecha del nuevo matrimonio: Día Mes Año

3.8. ¿Percibe el viudo /a alguna otra pensión? (7) SI NO

En caso afirmativo :

Tipo y número de referencia de la pensión

Institución pagadora

Fecha de efectos: Día Mes Año

Importe mensual de la pensión

Número de pagas al año.....

3.9. Domicilio habitual (1).....

3.10. Correo Electrónico:

3.11 * REPRESENTANTE LEGAL (15)

Tipo de documento en Ecuador (5).....Nº.....

Tipo de documento en Colombia (5) (C.C., C.E..... No. de documento.....

(Por favor anexas fotocopia del documento)

4 Datos de los familiares que pueden causar derecho a pensión. (10)

Apellidos y nombre	DNI - NIE; C.C. - C.I. (5)	Grado de parentesco (9)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	¿Convivia/convive con el asegurado? (10)	¿Dependía o depende económicamente del asegurado? (10)	¿Está incapacitado para el trabajo? (10)	Trabaja (10)	Percibe pensión o renta (10)	Estudia (10)	Periodo de estudio: semestral o anual



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

5 Datos bancarios donde desea percibir la pensión. (12)

5.1. País de cobro Colombia : Ecuador Otro _____

5.2. Nombre del banco.....

5.3. Dirección completa.....

5.4. Código del banco.....

5.5. Código S.W.I.F.T.....

5.6. Nombre del Banco Intermediario:.....

5.7. Código S.W.I.F.T o ABA del banco intermediario.....

5.8. N° de cuenta personal..... Tipo de cuenta..... Ahorros Corriente

5.9. Titular de la Cuenta.....

5.10. Correo Electrónico:..... 5.11. Ciudad.....

6 Aplazamiento.

6.1. El solicitante (8) _____ ha solicitado _____ no ha solicitado que aplaze la liquidación de la pensión de jubilación (Art. 20. 3 del Acuerdo) En caso afirmativo, indicar el país.....

7 Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado. Aclarando si las actividades son o no de alto riesgo (13)

7.1 En Ecuador

Nombre de la empresa	Dirección, ciudad y provincia	Desde	Hasta	Naturaleza de la actividad



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.


TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

7.2 En Colombia (13)					
Nombre de la empresa	Dirección, Ciudad, Departamento y Municipio	Nombre de la Administradora de Pensiones	Desde	Hasta	Naturaleza de la actividad

8 Datos sobre los períodos de seguro.					
8.1 Períodos de seguro acreditados en Ecuador.					
Entidad ecuatoriana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD/MM/AAAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAAA</i>	Voluntarios (días)	Obligatorios (días)	Equivalentes (días)

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

TOTAL:					

8.2	Periodos de seguro acreditados en Colombia.			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD/MM/AAAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAAA</i>	Obligatorios (días)	Equivalentes (días)
TOTAL:				

9 Conforme al art. 32.2 del Acuerdo

9.1 procede no procede

a realizar retenciones a efectos de compensación.

9.2 Los atrasos de pensión pueden no pueden abonarse directamente al beneficiario



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.


TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

10. Determinación de la prestación a cargo de Ecuador.			
Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe anual.	Número de pagas al año.
..... ...	DD MM AAA	.....	.....
10.1. (7) <input type="checkbox"/> Por totalización <input type="checkbox"/> Sin totalización			
En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:.....			
Coeficiente prorratea:			
10.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.			
Sello:		Fecha:	
..... Firma del Funcionario			

10.3. Entidad Gestora de Ecuador.	
Denominación:	
Dirección: (1)	
Teléfono: Correo electrónico:	
Sello:	Fecha:
..... Firma	

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-02

INSTRUCCIONES.

El presente formulario se diligenciará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS.

- 1- Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
2. Para las mujeres casadas, apellido de Soltera.
3. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
4. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión libre.
5. Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE). Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)
6. En Colombia: Tipo y Número de identificación
7. Marcar lo que proceda.
8. Marcar lo que proceda, en caso de incapacidad, adjuntar informe médico.
9. Hijos, padres u otros derechohabientes.
10. Indicar SI o NO.
11. Si la persona a la cual se le ha reconocido una pensión en Colombia reside en el exterior y no se encuentra afiliado a ninguna EPS en Colombia se descontará el 1% para el fondo de Solidaridad del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Si reside en Colombia deberá aportar el 12% de la mesada pensional y será afiliado obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
12. Si va a cobrar en el exterior, deberá acreditar certificación Bancaria que contenga los datos exigidos en este ítem, adicionalmente el pensionado debe diligenciar la declaración de cambio.
13. Si la persona pide régimen de alto riesgo en Colombia deberá acreditar tiempo de servicio en iguales condiciones en Ecuador Art. 24 del Acuerdo.
14. En los casos de solicitudes de prestaciones de SOBREVIVENCIA por invalidez, el beneficiario deberá presentar el formulario de "INFORME MEDICO DETALLADO".
15. Se diligencia en los casos de solicitud de pensiones de sobrevivientes por hijos menores de edad o con discapacidad, donde se requiere estar representado por un tutor, curador o representante legal.

DEROGADA	●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO	●	PERÍODO DE VIGENCIA	●
----------	---	------------------------------------	---	---------------------	---



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Artículo 21, 22 y 23 del Acuerdo Administrativo

1.1 Institución a la que se dirige el informe.	
1.1.1 Denominación y/o nombre	.....
1.1.2 Dirección (1)	.....
1.1.3 Referencia:	.....
1.2 Datos del examinado	
1.2.1 Apellido(s) (2)	.....
1.2.2 Nombre	Apellido(s) anteriores (3) Lugar de nacimiento (4)
1.2.3 Fecha de nacimiento	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nacionalidad Numero de Identificación (5)
1.2.4 Dirección (1)	.....
1.2.5 Último empleo	.....
1.2.6 Niveles de escolaridad	.....
1.2.7 Correo electrónico	.....
1.2.8 <input type="checkbox"/> Número de afiliación	.....
1.2.9 <input type="checkbox"/> Número de Resolución de pensión	.....
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de pensión	.....
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de revisión de pensión o por Patología progresiva.	.....
1.2.11 Patología degenerativa / progresiva	.....
1.2.12 Patología Congénita	.....
1.2.13 Patología de alto costo / catastrófica	.....
1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador	
1.3.1 Apellido(s)	Nombre
1.3.2 Dirección (1)	.....
1.3.3 Nombre del /Inspector de la D. Prov. de y/o médico laboral de la Institución Calificadora	.....
1.4 Institución que solicita el examen	
1.4.1 Denominación	.....
1.4.2 Dirección (1)	.....
1.4.3 Número de referencia del expediente	.....
1.4.4 Sello	1.4.5 Fecha
	1.4.6 Firma



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.


2. Apellido(s), nombre:	Fecha: Día Mes Año
2.1 Dictamen basado en el examen de:	(fecha) Día Mes Año
2.2. Dictamen basado en el informe médico	(fecha) Día Mes Año

3. Historial del paciente

3.1 Historial clínico – Evolución con diagnósticos, estudios clínicos de la o las enfermedades en forma cronológica, incluyendo fechas:
3.2 Principales dolencias que alega en la actualidad :
3.2.1 El paciente está siendo tratado por el médico – describir si es especialista y/o la Institución
3.3 Tratamiento actual
3.4 Antecedentes sociales, personales, familiares y carrera profesionales / Cargo/oficio/empleo
3.4.1 ¿Ejerce el asegurado en la actualidad una actividad remunerada? (6) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de horas de trabajo: Tipo de actividad
3.4.2 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha y secuelas o daños.
3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) <input type="checkbox"/> desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, <input type="checkbox"/> el:

4. Examen Físico

4.1 Estado General (6)


	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Talla	cm	Peso	kg	
Estado de nutrición:	<input type="checkbox"/>	bueno	<input type="checkbox"/>	exceso de peso
	<input type="checkbox"/>	falta de peso		
Membranas mucosas				
Piel				
Estado mental y emocional				
Comentarios:				
4.2 Cabeza:				
4.2.1 Visión				
4.2.2 Oído				
4.2.3 Otros órganos sensoriales.				
4.2 Cuello (observaciones externas).				
4.3.1 Examen de la glándula tiroides.				
4.3.2 Ganglios linfáticos.				
4.3.3 Otros.				
4.4 Aparato respiratorio:				
4.5 Sistema circulatorio				
4.5.1 Corazón				
4.5.2 Pulso				
4.5.3 Tensión arterial (en reposo)				
4.5.4 Tensión arterial (segunda medición)				
4.5.5 Vasos periféricos				
4.5.6 Edema				
4.5.7 ECG (en reposo)				
4.6. Riñones				
4.7 Abdomen				
4.7.1 Aparato digestivo y órganos intra-abdominales				
4.7.2 Hígado				
4.7.3 Bazo				
4.7.4 Aparato genito-urinario				
4.8 Sistema endocrino				
4.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página anterior)				
4.9.1 Columna vertebral.				
4.9.2 Extremidades superiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones)				
4.9.3 Extremidades inferiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones, acortamientos)				

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03
**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**
INFORME MÉDICO DETALLADO.

4.10 Presencia de ganglios linfáticos.
4.11 Comprobaciones neurológicas (6) 4.11.1 Movimiento (potencia y tono) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> lento <input type="checkbox"/> débil 4.11.2 Marcha <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> deficiencia / derecha <input type="checkbox"/> deficiencia / izquierda 4.11.3 Reflejos osteotendinosos y cutáneo-mucosos: 4.11.4 Síntomas neurovegetativos: 4.11.5 Síntomas extrapiramidales:.....Escala de Webster.
4.12 Aparato Psíquico: (antecedente de tratamientos, internaciones, presentación de certificación por especialista, manifestación de síntomas o sospecha de patología psiquiátrica deberá realizarse examen psiquiátrico según arte) .
4.13 Otros (alergias, etc)

5 Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario)

5.1 Función pulmonar (Indicar: espirometros post Broncodilatador VEF1 y CCVF y grado de disnea según escala de MCR_ATS).
5.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo (Señalar conforme la clasificación funcional NYHA, signos de falla Cardíaca).
5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)
5.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)
5.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos X de hoy
5.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos X realizados en otra parte



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

<p>5.4.3 Ecografía (abdomen y otros)</p>
<p>5.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales.</p>
<p>5.5 Resultados de laboratorio Clínico</p>
<p>5.6 Resultados de laboratorio Patológico</p>
<p>5.7 Agudeza Visual: Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Visión Binocular _____ Campimetría _____</p>
<p>5.8 Oídos Audiometría vía ósea y conductiva _____</p>
<p>5.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía) _____</p>
<p>5.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados)</p>
<p>5.11 Otras pruebas</p>



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 de 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.**

6. Hoja complementaria reservada a las observaciones de otros especialistas (a completar únicamente en caso necesario).

Empty form area for medical observations, containing faint horizontal lines for text entry.

DEROGADA




NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.

7. Diagnóstico indicando la causa de la incapacidad

7.1 Diagnóstico Principal: / Deficiencias Motivos de Valoración: indicando afecciones, Grado o Estadio, Porcentajes de incapacidad laboral acorde con normativa vigente (baremo).

.....

.....

.....

7.2 Diagnóstico secundario:

.....

.....

.....

8 FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan el Grado y Porcentaje de las afecciones)

(Consignar las restricciones que le está generando la deficiencia en su desarrollo de su desempeño laboral y su autosuficiencia económica; en el aprendizaje y aplicación del conocimiento; Comunicación; Movilidad; Cuidado personal; Vida doméstica, con base a los estándares Internacionales - CIF – OMS.)

.....

.....

.....

.....

.....

Evolución de la enfermedad

.....

.....

.....

.....

.....

Perjuicio para la salud

.....

.....

.....

.....

.....

Déficits funcionales

.....

.....

.....


.....

.....

Comparación con el informe anterior (fecha Día..... Mes Año) (6)

.....

Mejora Empeoramiento Sin Cambios

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03


ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.

9. El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo (6)

Pesado <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Ligero <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

10. Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones

10.1 Se evitará el trabajo: (6)			
En lugar húmedo	<input type="checkbox"/>	En lugar frío	<input type="checkbox"/>
En lugar a alta temperatura	<input type="checkbox"/>	En lugar con ruidos	<input type="checkbox"/>
En lugar con humo, gases, vapores	<input type="checkbox"/>		
Por turnos	<input type="checkbox"/>	En turno de noche	<input type="checkbox"/>
En tareas que obligan frecuentemente	<input type="checkbox"/>		
Al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiera el uso de rampas, escaleras, escalerillas			<input type="checkbox"/>
Peligro de caída			<input type="checkbox"/>
10.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente: (6)			
Sentado	<input type="checkbox"/>	Con pausas adicionales	<input type="checkbox"/>
En sitios cerrados pausas	<input type="checkbox"/>	(además de las pausas habituales) número y duración de las pausas	
Con una postura corporal variada	<input type="checkbox"/>	Un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie	<input type="checkbox"/>
Por turnos	<input type="checkbox"/>	En turno de noche	<input type="checkbox"/>
Sin presión especial por límites de tiempo	<input type="checkbox"/>		

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

10.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc

.....

Es alérgico a:

.....

11. Preguntas complementarias

11.1 ¿ Puede el asegurado realizar un trabajo en pantalla de video? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa:

.....

11.2 ¿ Puede el asegurado trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa:

.....

11.3 ¿ Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa:

.....

11.4 ¿ Puede el asegurado trabajar a tiempo completo en su último puesto de trabajo? (6)

SI NO

En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral):

.....

11.5 ¿ Puede el asegurado realizar trabajo adaptado? (6)

SI NO

En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado:

.....

11.6 ¿ Puede el asegurado realizar un trabajo adaptado a tiempo completo? (6)


SI NO

En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de una jornada laboral):

.....

11.7 La invalidez o grado de pérdida de capacidad laboral (Incapacidad Permanente Parcial), para el último puesto es, en virtud de la legislación del país de residencia (6)

Total Parcial Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03


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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

11.8 Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral para cualquier otro tipo de trabajo en relación con las aptitudes del interesado, en virtud de la legislación del país de residencia.
11.9 Categoría de invalidez en virtud de la legislación del país de residencia. (A rellenar únicamente si el reconocimiento médico se llevó a cabo con el fin de determinar si se admite na solicitud de pensión de invalidez o de incapacidad (indemnización por incapacidad permanente parcial (subsidio por incapacidad). Las restricciones establecidas: (a) Han sido permanentes desde..... (b) Son temporales, del..... al.....
11.10 ¿ Es posible mejorar el estado de salud actual? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No es posible responder <input type="checkbox"/> En caso negativo, indique las medidas y si hay lugar a aplicar el subsidio por incapacidad (colombiano):
11.11 ¿Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante (6) <input type="checkbox"/> Formación Sanitaria <input type="checkbox"/> Formación profesional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No es posible responder <input type="checkbox"/>
12. ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha

13. REEXAMEN: ¿(REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ) Antes del tercer año <input type="checkbox"/> A los 3 años <input type="checkbox"/> Fecha.....

Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez	Sello
--	-------

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

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

**INFORME MÉDICO DETALLADO.
FORMULARIO PARA EL COBRO DE SEGURO O SUBSIDIO**

(Indemnización por incapacidad permanente parcial)


Apellido(s),Nombre:	Fecha:
---------------------	--------

1 El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo (6)

Pesado	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Ligero	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------

2 Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones

2.1 Se evitará el trabajo: (6)	
En lugar húmedo	En lugar frío
En lugar a alta temperatura	En lugar ruidoso
En lugar con humo, gases, vapores	
Por turnos <input type="checkbox"/>	En turno de noche <input type="checkbox"/>
En tareas que obligan frecuentemente <input type="checkbox"/>	
Al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiera el uso de rampas, escaleras, escalerillas <input type="checkbox"/>	
Peligro de caída <input type="checkbox"/>	
2.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente: (6)	
Sentado <input type="checkbox"/>	Con pausas adicionales <input type="checkbox"/>
En sitios cerrados <input type="checkbox"/>	(además de las pausas habituales) número y duración de la pausas.....
Con una postura corporal variada <input type="checkbox"/>	Un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie <input type="checkbox"/>
Sin presión especial por límites de tiempo <input type="checkbox"/>	
2.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc.	
.....	
.....	
Es alérgico	
a:.....	
...	

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.**


INSTRUCCIONES

El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS


- (1) Para Ecuador indicar: calle, número, código postal, localidad y provincia.
- (2) Para nacionales colombianos es imprescindible el segundo apellido.
- (3) Para las mujeres que están o han estado casadas, indicar el apellido de nacimiento.
- (4) Indicar localidad y país.
- (5) Para los ecuatorianos número del identificación personal
- (6) Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I) Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP).
- (7) Marcar la casilla que corresponda.



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-03
**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**
INFORME MÉDICO DETALLADO.
3 Preguntas complementarias

3.1	¿Puede el asegurado realizar un trabajo en pantalla de video? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:.....
3.2	¿Puede el asegurado trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:.....
3.3	¿Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:.....
3.4	¿Puede el asegurado trabajar a tiempo completo en su último puesto de (6)..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral).....
3.5	¿Puede el asegurado realizar trabajo adaptado? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado.....
3.6	¿Puede el asegurado realizar un trabajo adaptado a tiempo completo? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de una jornada laboral).....
3.7	El grado de pérdida de capacidad laboral (Incapacidad permanente parcial), para el último puesto es, en virtud de la legislación Del país de residencia (6) <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral
3.8	Grado y porcentaje de la pérdida de capacidad laboral para cualquier otro tipo de trabajo en relación con las aptitudes del interesado, en virtud de la legislación del país de residencia.....

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-04
**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**
**CERTIFICADO DE TRASLADO TEMPORAL
(Artículo 14 del Acuerdo)**
A CUMPLIMENTAR 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 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 PAÍSE 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

3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO


Fecha inicial del desplazamiento: D D M M A A A A A A

Periodo que se solicita: Desde: D D M M A A A A A A Hasta: D D M M A A 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:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-04

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

Para Colombia: NIT:
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

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse 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 más 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 asegurado, 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 presentarán 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

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-05

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

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

A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDEPENDIENTE

1. INSTITUTO COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)

Nombre:
Dirección:

2. DATOS DEL TRABAJADOR ASALARIADO O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

Apellido(s): Nombre:

Fecha de nacimiento

D	D	M	M	A	A	A
A						

Nacionalidad:

Número de identidad 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:

Email:

3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario ECUA/COL-04 autorizado para el periodo:

Desde:

D	D	M	M	A	A	A
A						

Hasta:

D	D	M	M	A	A	A
A						

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:

Para Colombia: NIT:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-05

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

Se solicita que continúe sometido a la legalización de : Ecuador Colombia

Durante el período 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 asalariados o dependientes) o DE LA ACTIVIDAD (para trabajadores por cuenta propia o independientes) DEL PAÍS ASEGURADOR

Nombre o razón social:

Ramo o actividad principal:

No. De identificación : Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:.....

Sello Fecha:

D	D	M	M	A	A	A
A						

Firma:

COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

5. LA INSTITUCIÓN 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: Ecuador Colombia

Durante el período desde:

D	D	M	M	A	A	A
A						


 hasta:

D	D	M	M	A	A	A
A						

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A
A						

Firma:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-05

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

INTRUCCIONES

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

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

Esta última Institución, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, devolverá tras 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.

Así mismo, 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) 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
---	--



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ECU/COL-06

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

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

Artículo 14, apartado 1, literal i) y j) del Acuerdo

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR

Apellido (s): Nombre:

Fecha de nacimiento:

D	D	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:

Dirección habitual:

Email:

2. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL

Labora 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: 14.1 i) 14.1 j) del Acuerdo.


Lugar y fecha:

Firma:

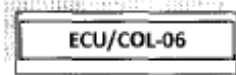
4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTA SOMETIDO EL TRABAJADOR

Denominación:

DEROGADA ●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●	PERÍODO DE VIGENCIA ●
---	--	--

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

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



Dirección:

Declaro que el trabajador está sometido a la legislación de: Ecuador Colombia
A partir de y

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 mientras permanezca en esta situación.

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse por triplicado en caracteres de imprenta.

La Institución 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 Ecuador 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.

Autoridades Competentes

(Artículo 5 Acuerdo)

En Ecuador:

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dirección:

Teléfono:

Email:

En Colombia:

MINISTERIO DE TRABAJO,

Dirección:

Teléfono:

Email:

NOTA: Anexos, sustituidos por artículo 2 de la Resolución de Consejo Directivo No. C.D 551 de 24 de abril de 2017:

DEROGADA	●	NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO	●	PERÍODO DE VIGENCIA	●
----------	---	------------------------------------	---	---------------------	---



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

COL/ECUA-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

Artículos 11, 16 y 21 del Acuerdo Administrativo.

El presente formulario será cumplimentado en la parte que le afecte, por la Entidad Gestora ante la cual se presente la solicitud y remitido, en duplicado ejemplar, a la Institución de enlace competente de la otra Parte donde el asegurado alega haber cotizado. Ésta devolverá un ejemplar del formulario en el que se certifiquen los periodos efectivos de cotización de acuerdo con su legislación.

Nº de referencia en Ecuador:

Nº de identificación en Colombia (6):

Fecha de presentación de la solicitud de informe: DD, MM, AAA

1 Entidad Gestora destinataria competente.

1.1. Denominación.....
1.2. Dirección (1).....

2 Datos relativos al asegurado:

2.1. Primer apellido Segundo apellido (2) Nombre
.....
2.2. Apellido de nacimiento (3).....
2.3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
Día.....mes.....año.....
2.4. Sexo: M..... F..... Nacionalidad (4)

2.5. Estado civil: (5)

Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho:

Fecha del divorcio o de separación si es unión de hecho:

2.6. DNI/NIE. (6).....

Tipo de documento (C.C., C.E, P., T.I., R.C. o NUIP) (6)No. de documento.....

(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombia)

2.7. Domicilio habitual (1)

2.8. Número de afiliación a la Seguridad Social (7) En Ecuador:

En Colombia:

2.9. Correo electrónico.....



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

COL/ECUA-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

3 Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado, aclarando si las actividades son o no de alto riesgo.

3.1 En Ecuador

Nombre de la empresa	Dirección / Municipio / Departamento	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Naturaleza de la actividad

3.2 En Colombia (8)

Nombre de la empresa	Dirección / Municipio / Departamento	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Actividades de alto riesgo SI - NO (8)



TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA

COL/ECUA-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

4	Datos sobre los períodos de seguro.		
4.1	Períodos de seguro acreditados en Ecuador.		
Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)

4.2	Períodos de seguro acreditados en Colombia.			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD/MM/AAA</i>	Hasta <i>DD/MM/AAA</i>	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

COL/ECUA-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

Institución de Ecuador.

Denominación:

Dirección: (1)

Sello:

Fecha:

Firma

Institución de Colombia

Denominación:

Dirección: (1)

Fecha:

Firma

DEROGADA




NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE
SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA**

COL/ECUA-01


FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

INSTRUCCIONES.

El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.


NOTAS.

1. Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad o Municipio y Departamento
Para Ecuador, indicar: la dirección del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
2. Para nacionales ecuatorianos es imprescindible el segundo apellido.
3. Para las mujeres casadas.
4. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
5. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión marital de hecho
6. Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE). Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil, Pasaporte (P) (Aun cuando no es documento de identificación), o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)
7. En Ecuador: Número de afiliación a la Seguridad Social ecuatoriana (NAF).
En Colombia Tipo y Número de identificación
8. *Indicar SI o NO.* En Colombia deberá acreditar tiempos servidos en iguales condiciones. La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
 1. Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
 2. Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud de salud ocupacional.
 3. Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 4. Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
5. En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, la actividad de los técnicos aeronáuticos con funciones de controladores de tránsito aéreo, con licencia expedida o reconocida por la Oficina de Registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, de conformidad con las normas vigentes.
6. En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA	COL/ECUA-01
<i>FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS</i>	
<p>7. En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.</p>	

TEXTO REFERENCIAL

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

TEXTO REFERENCIAL



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA

SOLICITUD

MM VEJEZ

MM INVALIDEZ

MM SUPERVIVENCIA

El presente formulario será diligenciado por la Entidad Gestora ante la cual se presente la solicitud de acuerdo con los documentos allegados por el solicitante, y será remitido al Organismo de Enlace competente de la otra parte, donde el asegurado alega haber cotizado.

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo Administrativo

Nº de referencia en Ecuador:.....

Nº Documento de Identificación en Colombia (6).....

Fecha de presentación: Día..... Mes.....Año.....

1 Destinatario:

1.1. Denominación

1.2. Dirección (1)

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1. Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

2.2. Apellidos de nacimiento (2)

2.3. Fecha de nacimiento Día..... Mes.....Año..... Lugar de nacimiento

2.4. Sexo:

F

M

Nacionalidad (3)

2.5. Estado civil: (4)

Soltero

Casado

Divorciado

Unión libre

Viuudo

Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho:

Día..... Mes.....Año.....

Fecha del divorcio o de la separación si es unión libre:

Día..... Mes.....Año.....

2.6. DNI/NIE (5)

Tipo de documento (C.C.C.E.P, T.I, R.C o NUIP) (6)No. de documento

(Por favor anexas fotocopia del documento expedido en Colombia)

2.7. Domicilio habitual (1)

En Ecuador:

2.8. Número de afiliación a la Seguridad Social (6)

En Colombia:

2.9. Fecha de fallecimiento. Día..... Mes.....Año.....

Lugar de fallecimiento.....

2.10. Origen del Fallecimiento: (7) Contin. Laboral

2.11. El asegurado (7)

Ejerce

una actividad asalariada

una actividad independiente

No ejerce actividad laboral

2.12. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral : Día..... Mes.....Año.....

2.13. ¿Se encuentra afiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10) SI NO. (10)

Cuál?

Cotizante

Beneficiario(s)

2.14. ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (10) SI NO

2.15. El asegurado (7)

percibe

ha sido

no percibe una pensión o renta

no ha sido titular de una pensión o renta

2.16. En caso afirmativo :

Institución que concedió la pensión

Importe mensual de la pensión.....

Número de pagas al año

2.17. Correo electrónico: (17)

DEROGADA

NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO

PERÍODO DE VIGENCIA



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

3 Datos relativos al solicitante en caso de supervivencia. (14)

3.1. Primer apellido Segundo apellido Nombre

3.2. Fecha de nacimiento Día..... Mes.....Año..... Lugar de nacimiento.....

3.3. Sexo : F M Nacionalidad (3)

3.4. Tipo de documento de identificación en Colombia (6).....No. de documento..... En Ecuador

(Por favor anexas fotocopia del documento expedido en Colombia)

3.5. Parentesco con el Causante:

3.6. Fecha de matrimonio o unión libre Día..... Mes.....Año

Fecha de divorcio o separación si es unión libre Día..... Mes.....Año.....

Convivía con el Causante : SI :: NO. DESDE Día..... Mes.....Año..... HASTA Día..... Mes.....Año.....

Ha contraído nuevo matrimonio (10) SI NO Fecha del nuevo matrimonio Día..... Mes.....Año

3.7. ¿Percibe el viudo/a alguna otra pensión? (10) SI NO

En caso afirmativo:

Tipo y número de referencia de la pensión

Institución pagadora

Fecha de efectos: Día..... Mes.....Año

Importe mensual de la pensión

Número de pagas al año.....

3.8. Domicilio habitual (1).....

3.9. Correo Electrónico: (17)

3.10 REPRESENTANTE LEGAL (15).....

Tipo de documento en Ecuador (5).....Nº.....

Tipo de documento en Colombia (6) (C.C., C.E.....No. de documento.....

(Por favor anexas fotocopia del documento)

4 Datos de los familiares que pueden causar derecho a pensión. (10)

Apellidos y nombre	Tipo de documento de identificación (6)	Grado de parentesco (10)	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	¿Convivia/convive con el asegurado? (10)	¿Dependía o depende económicamente del asegurado? (10)	¿Está incapacitado para el trabajo? (8 y 10)	Trabaja (10)	Percibe pensión o renta (10)	Estudia indicar nivel alcanzado (16)



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COLECUA-02

5	Datos bancarios donde desea percibir la pensión. (12 y 17)
5.1. País de cobro	Colombia Ecuador : Otro _____
5.2. Nombre del banco	.....
5.3. Dirección completa	.....
5.4. Código del banco	.....
5.5. Código S.W.I.F.T	.....
5.6. N° de cuenta personal	.....

6	Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado. Aclarando si las actividades son o no de alto riesgo (13)
----------	---

6.1	En Ecuador			
Nombre de la empresa	DIRECCIÓN, CIUDAD Y PROVINCIA	Desde DD/MM/AAAA	Hasta DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad

6.2	En Colombia (13)
------------	-------------------------

Nombre de la empresa	Dirección, Ciudad, Departamento y Municipio	Nombre de la Administradora de Pensiones	Desde DD/MM/AAAA	Hasta DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

7	Datos sobre los períodos de seguro.			
7.1	Períodos de seguro acreditados en Ecuador.			
Entidad Ecuatoriana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD MM AAA</i>	Hasta <i>DD MM AAA</i>	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)

7.2	Períodos de seguro acreditados en Colombia.			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde <i>DD MM AAA</i>	Hasta <i>DD MM AAA</i>	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)

8

8.1 procede no procede

realizar retenciones a efectos de compensación conforme al art. 32.2 del Acuerdo

8.2 Los atrasos de pensión pueden no pueden abonarse directamente al beneficiario



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

9.-Determinación de la prestación a cargo de Ecuador.

Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe Mensual Es necesario para Ecuador – (se sugiere mensual)	Número de mensualidades al año.
.....	<u>DD</u> / <u>MM</u> / <u>AAAA</u>	.....	.....

9.1. (8) Por totalización Sin totalización

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:.....

Coefficiente prorata:

9.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.

Sello:

Fecha:

.....
Firma del Funcionario

9.3. Entidad Gestora de Ecuador.

Denominación:

Dirección: (1)

Teléfono: Correo electrónico:

Sello:

Fecha:

.....
Firma

10.- Determinación de la prestación a cargo de Colombia.

Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe Mensual Es Necesario para Ecuador (Se sugiere mensual)	Número de mensualidades al año.
.....	<u>DD</u> / <u>MM</u> / <u>AAA</u>	.....	.....

10.1. (7) Por totalización Sin totalización

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:.....

Coefficiente prorata:

10.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.

Fecha:

.....
Firma del Funcionario

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA





**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

10.3. Entidad Gestora de Colombiana.

Denominación:

Dirección: (1)

Teléfono: Correo electrónica:

Fecha:

Firma

El numeral 11 debe ser diligenciado directamente por el solicitante, quien facultara a la Entidad Gestora en Colombia, a notificar Actos Administrativos y/o dictámenes de pérdida de capacidad laboral, a la dirección de correo electrónica informada.

11. AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN Y GIRO DE PENSIÓN AL EXTERIOR. (17)

Primer apellido

Segundo apellido

Nombres

Documento de identidad (8) CC.....CE..... P.....TI..... No.

Correo Electrónico:

AUTORIZO A LA ENTIDAD GESTORA EN COLOMBIA A:

Que se me notifique por medio de correo electrónico (7) SI o NO

Realizar el pago de mis mesadas pensionales mediante giro al exterior de forma:

Mensual (18) o Trimestralmente (18)

Se encuentra afiliado Régimen Contributivo de Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (2) SI NO

Cual (19) _____ Cotizante _____ Beneficiario _____

Desea continuar afiliado y aportando a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (7) SI NO (20)

Firma del Solicitante _____ Fecha DD _____ MM _____ AAAA _____



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

INSTRUCCIONES.

El presente formulario se diligenciará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS.

- 1- Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
2. Para las mujeres casadas, apellido de Soltera.
3. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
4. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión libre.
5. Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de Identidad extranjera (NIE).
6. Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Pasaporte (P) (Aun cuando no es documento de identificación), Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Unico de Identificación (R.C o NUIP)
7. Marcar lo que proceda.
8. Marcar lo que proceda. En caso de incapacidad, deberá adjuntar incapacidad médica debidamente soportada con informe médico.
9. Hijos, padres u otros derechohabientes.
10. Indicar SI o NO.
11. Si la persona a la cual se le ha reconocido una pensión en Colombia reside en el exterior, no se le efectuaran descuentos para Salud. Si reside en Colombia deberá aportar el 12% de la mesada pensional y será afiliado obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
12. Si va a cobrar en el exterior, deberá acreditar certificación Bancaria que contenga los datos exigidos en este ítem. adicionalmente el pensionado debe diligenciar la declaración de cambio.
13. Si la persona pide régimen de alto riesgo en Colombia deberá acreditar tiempos servidos en iguales condiciones en Ecuador Art. 24 del Acuerdo. La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
 1. Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
 2. Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud de salud ocupacional.
 3. Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 4. Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
 5. En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, la actividad de los técnicos aeronáuticos con funciones de controladores de tránsito aéreo, con licencia expedida o reconocida por la Oficina de Registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, de conformidad con las normas vigentes.
 6. En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.
 7. En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.
14. Para los casos de solicitudes de prestaciones de SOBREVIVENCIA por invalidez, el beneficiario deberá presentar el formulario de "INFORME MEDICO DETALLADO".
15. Se diligencia en los casos de solicitud de pensiones de sobrevivientes por hijos menores de edad o con discapacidad, donde se requiere estar representado por un tutor, curador o representante legal.
16. Indicar SI o NO, Para Hijos beneficiarios entre los 18 y 25 años. Adicionar certificado de Estudios (que indique si es semestral o anual)
17. Para las solicitudes que inician en Ecuador, diligenciar completamente.

Es responsabilizada de la persona que autoriza la notificación electrónica la revisión periódica del correo autorizado tanto de la

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-02

bandeja de entrada como de la bandeja del correo no deseado, e informar un correo valido que cuente con los elementos básicos de una cuenta de correo electrónico como lo son usuario, signo "@" y dominio.

La persona que autoriza debe agregar el dominio de la ENTIDAD GESTORA a la lista de direcciones confiables a fin de evitar que la comunicación sea recibida en la bandeja de correo no deseado, y verificar en su correo la disponibilidad de recepción de los correos electrónicos.

18. En Entiéndase como mensual cada 30 días y trimestral cada 90 días.

19. Especificar la EPS en la cual se encuentra afiliado.

20. Si el pensionado opta por continuar cotizando en salud en Colombia deberá aportar el 12 % de la mesada pensional. De estar afiliado y elige no continuar debe aportar la suspensión de la afiliación a la EPS. (si fuera el caso).



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Artículo 21,22 y 23 del Acuerdo Administrativo

1.1 Institución a la que se dirige el informe.	
1.1.1 Denominación y/o nombre	.....
1.1.2 Dirección (1)	.....
1.1.3 Referencia:	.....
1.2 Datos del examinado	
1.2.1 Apellido(s) (2)	.....
1.2.2 Nombre	Apellido(s) (3) Lugar de nacimiento (4)
1.2.3 Fecha de nacimiento	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nacionalidad Número de identificación (5)
1.2.4 Dirección (1)	.....
1.2.5 Último empleo	.....
1.2.6 Niveles de escolaridad	.....
1.2.7 Correo electrónico	.....
1.2.8 <input type="checkbox"/> Número de afiliación	.....
1.2.9 <input type="checkbox"/> Número de Resolución de pensión	.....
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de pensión	.....
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de revisión de pensión o por Patología progresiva	.....
1.2.11 Patología degenerativa / progresiva	.....
1.2.12 Patología Congénita	.....
1.2.13 Patología de alto costo / catastrófica	.....
1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador	
1.3.1 Apellido(s)	Nombre
1.3.2 Dirección (1)	.....
1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora	.....
1.4 Institución que solicita el examen	
1.4.1 Denominación	.....
1.4.2 Dirección (1)	.....
1.4.3 Número de referencia del expediente	.....
1.4.4 Sello	1.4.5 Fecha
	1.4.6 Firma



ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR INFORME MÉDICO DETALLADO.		COL/ECUA-03
2. Apellido(s), nombre: Año		Fecha: Día Mes
2.1 Dictamen basado en el examen de: Año		(fecha) Día Mes
2.2. Dictamen basado en el informe médico Año		(fecha) Día Mes
3. Historial del paciente		
3.1 Historial clínico - Evolución con diagnósticos, estudios clínicos de la o las enfermedades en forma cronológica, incluyendo fechas:		
3.2 Principales dolencias que alega en la actualidad (Estado Actual) :		
3.2.1 El paciente está siendo tratado por el médico - describir si es especialista y/o la Institución		
3.3 Tratamiento actual		
3.4 Antecedentes sociales, personales, familiares y carrera profesionales / Cargo/oficio/empleo		
3.4.1 ¿Ejerce el asegurado en la actualidad una actividad remunerada? (6) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de horas de trabajo: Tipo de actividad		



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

.....
.....
.....

3.4.2 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha y secuelas o daños.
.....

3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) Si No
desde el:

Cese de la actividad o desvinculación laboral, el:
.....

4. Examen Físico

4.1 Estado General (6)

Talla cm Peso kg

Estado de nutrición: bueno exceso de peso falta de peso

Membranas mucosas
.....
.....

Piel Estado mental y emocional
.....

Comentarios:
.....
.....

4.2 Cabeza:

4.2.1 Visión

4.2.2 Oído

4.2.3 Otros órganos sensoriales.

4.2 Cuello (observaciones externas).

4.3.1 Examen de la glándula tiroides.

4.3.2 Ganglios linfáticos.

4.3.3 Otros.

4.4 Aparato respiratorio:

4.5 Sistema circulatorio

DEROGADA ●

NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO ●

PERÍODO DE VIGENCIA ●



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

4.5.1 Corazón
4.5.2 Pulso
4.5.3 Tensión arterial (en reposo)
4.5.4 Tensión arterial (segunda medición)
4.5.5 Vasos periféricos
4.5.6 Edema
4.5.7 ECG (en reposo)
4.6. Riñones
4.7. Abdomen
4.7.1 Aparato digestivo y órganos intra-abdominales
4.7.2 Hígado
4.7.3 Bazo
4.7.4 Aparato genito-urinario
4.8. Sistema endocrino
4.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página anterior)
4.9.1 Columna vertebral.
4.9.2 Extremidades superiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones)
4.9.3 Extremidades inferiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones, acortamientos)
4.10 Presencia de ganglios linfáticos.
4.11 Comprobaciones neurológicas (6)
4.11.1 Movimiento (potencia y tono) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> lento <input type="checkbox"/> débil
4.11.2 Marcha <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> deficiencia / derecha <input type="checkbox"/> deficiencia / izquierda
4.11.3 Reflejos osteotendinosos y cutáneo-mucosos:
4.11.4 Síntomas neurovegetativos:
4.11.5 Síntomas extrapiramidales:....Escala de Webster

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA





**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COLECUA-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

4.12 Aparato Psíquico: (antecedente de tratamientos, internaciones, presentación de certificación por especialista, manifestación de síntomas o sospecha de patología psiquiátrica deberá realizarse examen psiquiátrico según arte).

4.13 Otras (alergias, etc)

5 Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario)

5.1 Función pulmonar. Indicar: espirómetros post Broncodilatador VEF1 y CVF y grado de disnea según escala de MCR_ATS. (medical Research Council) ó mediciones de DLCO (disfunción de monóxido de carbono) ó V02max (volumen máximo de oxígeno).

5.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo (Señalar conforme la clasificación funcional NYHA, signos de falla Cardíaca).

5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)

5.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)

5.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos X de hoy

5.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos X realizados en otra parte

5.4.3 Ecografía (abdomen y otros)

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA





**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

5.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales.

5.5 Resultados de laboratorio Clínico

5.6 Resultados de laboratorio Patológico

5.7 Agudeza Visual: (con corrección óptica)

Ojo Derecho _____

Ojo Izquierdo _____

Visión Binocular _____

Campimetría _____

5.8 Oídos

Audiometría vía ósea y aérea _____

5.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía - NC; Pruebas de monofilamento; Discriminación de dos puntos) _____

5.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados)

5.11 Otras pruebas

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA





**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.**

6. Hoja complementaria reservada a las observaciones de otros especialistas (a completar únicamente en caso necesario).

Area reserved for additional specialist observations, currently blank.

DEROGADA



NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA





**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.**

7.1 Diagnóstico Principal: (CIE -10/ DSM -4)

7.2 Diagnóstico secundario: (CIE -10 / DSM -4)

7.3. Deficiencias Motivos de Valoración

8 FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan el Rol Laboral (ROL OCUPACIONAL))

(Consignar las limitaciones y/o restricciones que le está generando la deficiencia en el funcionamiento de la persona (Desempeño / capacidad)

8.1 Rol laboral LABORAL

(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmente las personas, con o sin limitaciones, con adaptaciones, reubicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)

8.2. OTRAS AREAS OCUPACIONALES – CIF OMS

(Descripción de las diversas actividades de la vida diaria – AVD, actividades de la vida diaria instrumentales –AVDI, actividades en educación, estudio, juego, ocio y participación social)

8.2.1 – Categoría para el Aprendizaje y aplicación del conocimiento

8.2.2 – Categoría de la Comunicación

8.2.3 – Categoría de la Movilidad

8.2.4 – Categoría del cuidado personal

8.2.5. Categoría de la Vida Doméstica

8.2.6: Especifique que dispositivos de apoyo usa al momento de la valoración y para que?

• Dispositivos para la visión: Si ___ No ___ Por que? _____

• Dispositivos para el oído: Si ___ No ___ Por que? _____

• Dispositivos para la movilidad de MMSS: Si ___ No ___ Por que? _____

• Dispositivos para la movilidad de MMII: Si ___ No ___ Por que? _____

Dispositivos para otras funciones y estructuras corporales: Si ___ No ___ Por que _____ -Especifique cuál (ISO 9999 de 2012)

DEROGADA




NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO



PERÍODO DE VIGENCIA



	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03		
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR INFORME MÉDICO DETALLADO.		
• Dispositivos para la movilidad de MMII: Si ___ No ___ Por que? _____ Dispositivos para otras funciones y estructuras corporales: Si ___ -No ___ Por que _____ -Especifique cuál (ISO 9999 de 2012) 		
Aderencia al Tratamiento y Respuesta al Tratamiento		
9. Comparación con el informe anterior (fecha Día..... Mes..... Año) (6) Mejora <input type="checkbox"/> Empeoramiento <input type="checkbox"/> Sin Cambios <input type="checkbox"/>		
10. ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? (6) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indíquese la fecha.....		
11. REEXAMEN: (REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ) Antes del tercer año <input type="checkbox"/> A los 3 años <input type="checkbox"/> Fecha		
<hr style="border: 0.5px solid black;"/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: bottom;"> Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: bottom;"> Setlo </td> </tr> </table>	Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez	Setlo
Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez	Setlo	

TEXTO

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

COL/ECUA-03
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR INFORME MÉDICO DETALLADO. INSTRUCCIONES
<p>El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.</p>
NOTAS
<p>(1) Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad o Municipio y Departamento.</p> <p>(2) Para nacionales ecuatorianos es imprescindible el segundo apellido.</p> <p>(3) Para las mujeres que están o han estado casadas, indicar el apellido de nacimiento.</p> <p>(4) Indicar localidad y país.</p> <p>(5) Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE). Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE), Tarjeta de Identidad (T.I.), Registro Civil, Pasaporte (P) o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)</p> <p>(6) Marcar la casilla que corresponda.</p> <hr style="width: 30%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/>

TEXTO REFORMADO



TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA 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:



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA 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.



**TEXTO HISTÓRICO
ILUSTRATIVO PARA
INVESTIGACIÓN JURÍDICA**

RESOLUCIONES COMPILADAS

RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016.
RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

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

COL/ECUA-05

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:

Fecha de nacimiento:

--	--	--	--	--	--	--	--

 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:

3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario ECUA/COL-04 autorizado para el periodo:

Desde

--	--	--	--	--	--	--	--

 hasta

--	--	--	--	--	--	--	--

 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:

N° de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

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

COL/ECUA-05

Se solicita que continúe 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

4. 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:

Ramo o actividad principal:

Nº de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:

Sello Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

5. LA INSTITUCIÓN 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: 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:

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS
		RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO
		RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	COL/ECUA-05
INSTRUCCIONES	
<p>El formulario deberá complementarse por cuadruplicado ejemplar en letra tipo imprenta.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>NOTA COLOMBIANA:</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p>	
(A) <u>AUTORIDADES COMPETENTES</u> (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

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	COL/ECUA-06																																
EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN Artículo 14, apartado 1, literal i) y j) del Acuerdo																																	
1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR Apellido(s): Nombre: Fecha de nacimiento: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nacionalidad: Número de identificación personal: Ecuador: Colombia: Afiliaión al Sistema General de Seguridad Social en Colombia: Régimen contributivo de Salud: Sistema General de Pensiones: Sistema General de Riesgos Laborales: Dirección habitual: Email:		D	D	M	M	A	A	A	A																								
D	D	M	M	A	A	A	A																										
2. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL Labora desde <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 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:		D	D	M	M	A	A	A	A																								
D	D	M	M	A	A	A	A																										
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: <input type="checkbox"/> 14. i) <input type="checkbox"/> 14. j) del Acuerdo. Lugar y fecha: Firma:																																	
4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR Denominación: Dirección: Declara que el trabajador está sometido a la legislación de: <input type="checkbox"/> Ecuador <input type="checkbox"/> Colombia A partir de <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> y mientras permanezca en esta situación. Sello Fecha: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		D	D	M	M	A	A	A	A									D	D	M	M	A	A	A	A								
D	D	M	M	A	A	A	A																										
D	D	M	M	A	A	A	A																										

	TEXTO HISTÓRICO ILUSTRATIVO PARA INVESTIGACIÓN JURÍDICA	RESOLUCIONES COMPILADAS RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.
		TEXTO CODIFICADO RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	COL/ECUA-06
INSTRUCCIONES El formulario deberá complementarse por triplicado ejemplar en caracteres de imprenta. La Institución 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 Ecuador o Colombia según proceda. (5) <u>NOTA COLOMBIANA:</u> <u>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.</u>	
<u>AUTORIDADES COMPETENTES</u> (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	

Modificación vigente desde el 24 de abril de 2017.

NOTA: EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO HA SIDO CONSTRUIDO EN BASE AL TEXTO ORIGINAL DE LA RESOLUCIÓN No. C.D. 524 DE 23 DE MAYO DE 2016 Y SU REFORMA.