

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,



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



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	Ejercicio del Derecho de	Artículo 14, apartado 1, literal i) y j).
	Opción	

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.



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.







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

Artículos 11, 16 y 21 del Acuerdo Administrativo.

Nº de referencia en Ecuador:

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.

Fecha de presentación de la solicitud	de informe: DD MM	AAA
I Entidad Gestora destinataria com	petente.	
1.1. Denominación		ment manufaran dalam dam dalam d
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	The selection of the se
Día mes año		
		to mark to consider the second
2.4. Sexo: M F,	Nacionalidad (4)	
2.5. Estado civil: (5)		
Fecha de matrimonio o de la unión ma	arital 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 doc	cumento
(Por favor anexar fotocopia del documento e	expedido en Colombia)	
2.7. Domicilio habitual (1)		
2.8. Número de afiliación a la Seguridad S	locial (7) En Ecuador:	
	En Colombia:	
2.9. Correo electrónico		



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



	Déclaración de a de alto riesgo.	ctividades laborales desarrolladas	por el asegura	do, aclarando	si las actividades son o no
3. 1	En Ecuador				
N	ombre de la empresa	Dirección y provincia	Desde DD MM AAA	Hasta DD MIC 444	Naturaleza de la actividad
_					
-					THE SECTION OF SECTION
-	<u> </u>				
-			T	-	
L		<u> </u>	l	1	
<u>_</u>				1	
3. 2	En Colombia (8				
	En Colombia (8 ombre de la empresa	Dirección y provincia	Desde	Hasta DD 1664 AAA	Naturaleza de la actividad (8)
	ombre de la			Hasta DD MM AAA	
	ombre de la			Hasta DD 1684 AAA	
	ombre de la			Hasta DD MM AAA	
	ombre de la			Hasta DDMM AAA	
	ombre de la			Hasta DD MM AAA	
	ombre de la			Hasta DD MM AAA	
	ombre de la			Hasta Deniu AAA	



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

Managhasta (1988) (Shirt) ECU/COL-01

1 Períodos de se	eguro acreditados en	Voluntarios	Obligatorios	Equivalentes
Desde DD/MM/AAA	Hasta DD/MM/AAA	(días)	(días)	(días)
				<u> </u>
			 	
	 		<u> </u>	
	L 1			
				
	<u> </u>		ļ	<u> </u>
	1)	
				1
			}	
				+
]]		1	
	 		 	+
				<u> </u>



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

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





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



Institución de Ecuador.	
Denominación;	***************************************
Dirección: (1)	
Sello:	Fecha: Firma
Institución de Colombia	
Denominación:	
Dirección:	
Sello:	Fecha:Firma



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.

- Para Ecuador, indicar: la dirección del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Para nacionales ocuatorianos es imprescindible el segundo apellido.
- Para las mujeres casadas.
- En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
- 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)
- En Ecuador: Número de cédula de identidad.
 - En Colombia Tipo y Número de identificación
- 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 subterráncos.
 - Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud ocupacional.
 - Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 - Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
 - 5. En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Cívil 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 Cívil, de conformidad con las normas vigentes.
 - 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





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

A CHERDO ADMINISTRATIVO DE SECURIDAD SOCIAL ENTRE ECHADOR V COLOMBIA
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 présente 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.
Astículos 10, 20 v 21 del Asycado Administrativo
Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo Administrativo.
Fecha de presentación; Día Mes
1 Destinatario:
1.1. Denominación :
12. Dirección (1) 13. Correo Electrónico.
2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido: 2.1. Primer apellido Segundo apellido Nombre
(' ' '
2.2. Apollidos de nacimiento (2) Nombre del pagre Nombre de la madre
2.2. Apenious de nacimiento (2) Nombre de la maure
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 Viudo
Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho: Dia
Fecha del divorcio, o de la separación si es unión libre: Dia
2.6. DNI/NIE (5)
Tino de documento (C.C., C.E., T.I. R.C. o NUIP). (6)
(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombia, en el caso de corresponder)
2.7. Domicillo habitual (1)
En Ecuador;
En Colorabia:
2.9. Fecha de fallecimiento. Dia
2.10. Causa de fallecimiento
2.11. El asegurado (7) El Ejerce El una actividad asalariada
☐ No ejerce ☐ una actividad independiente
2.12. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral . Día Mes
2.13. ¿Se encuentra afiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10) :: Si :: NO. (11)
Cuid ? Beneficiario(s)
2.14. ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (8) □ SI □ NO
2.15. El asegurado (7)
☐ ha sido ☐ 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

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 rela	tivos al soli	citante en ca	so de supervi	vencia. (14	<u>1)</u>					
3.1. Primer apellido			egundo apellido			Nombre				
32. Apellidos de n			Nombre del padr			Nombre d	e la madre			1
33. Fecha de nacin	niento		Lugar de nacimi							- 1
]F 🗆									1
3.5. Tipo de documa (Por favor anexar fot							En Ecuado	C		
Ha contraido nu 3.8. Percibe el viudo	nenio o unión li io o separación evo matrimonio o /a alguna otra	ibre: Día si es unión libr o (7) S1 N	Mes Afto	s		a Mcs				
En caso afirms	tivo :	Timo si nômo	en da reforancia d	o la manción						- 1
			ro de referencia d agadora							- 1
			ctos: Día							- 1
			sual de la pensión							- 1
			ngus al año							
3.9. Domicilio kabit	ual (1)						,,,			- 1
3.10. Correo Electró	nico:									
3.11 * REPRESEN	TANTE LEGA	AL (15)								- 1
Tino de docu	mento en Ecua	dor (5)	N°							- 1
			.E1		ent o					
			- E	vo. ec docum	ento					- 1
(Por favor and	xar fotocopia d	sel documento)								
4 Datos de	os familiar	es que puede	n causar der							
Apellidos y nombre	DNI - NIE.; C.C. - C.I. (5)	Grado de parentesco (9)	Feeha de nacimiento Día /Mes/Año	¿Convivia/ convive con el asegurado? (10)	o depende económica	¿Está Incapacitado para el trabajo? (10)	Trabaja (10)	Percibe pensión o renta (10)	Estudia (10)	Periodo de estudio: semestral o anual
									-	_
							-			
		-						-		
					 	 			 	
						-	-		_	-
					-		\vdash			

NOTA ACLARATORIA Y TEXTO REFORMADO

PERÍODO DE VIGENCIA



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.

					-
5	Datos bancarios do	nde desea percibir la pensión. (12)			
5.1	. País de cobro Colombia	Ecuador Otro			
5.3	Dirección completa				
5.5	. Código S.W.J.F.T				
5.6	Nombre del Banco Intern	nediario:			
5.7	. Código S.W.L.F.T o ABA	del banco intermediario			
5.8	. Nº de cuenta personal		ortiente : i,		
	. Titular de la Cuenta				
5.1	Correo Electrónico:	5.11, Ciudad			
6	Aplazamiento.				
		ha solicitado no ha solicitado consión de jubilación (Art. 20 . 3 del Acuerdo)			
		ais.			
7	Declaración de a	ctividades laborales desarrolladas por el aseg	urado. Aclarano	do si las activ	vidades son o no de
7	Declaración de a alto riesgo (13)	ctividades laborales desarrolladas por el aseg	urado. Aclaran	do si las activ	vidades son o no de
	alto riesgo (13)	ctividades laborales desarrolladas por el aseg	urado. Aclarano	do si las activ	vidades son o no de
7. 1	alto riesgo (13)	ctividades laborales desarrolladas por el aseg Dirección, ciudad y provincia	gurado. Aclarano	do si las activ	vidades son o no de Naturaleza de la actividad
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la
7. 1	alto riesgo (13) En_Ecuador				Naturaleza de la



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

Nombre de la empresa	Dirección, Ciudad, Departamento y Municipio	Nombre de la Administradora de Pensiones	Desde	Hasta	Naturaleza de la actividad
				-	
		 			
		-			
		 			
Datos sobre l	os períodos de seguro.				
	eguro acreditados en Ecuad				
Entidad ecuatoriana onde realizó aportes para pensión	Desde Ha: DD 300 444 DD 500	Volunta sta (días)	rios)	Obligatorios (días)	Equivalent (días)



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.

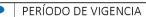
				ECU/COL-
 	-		 	
 	-			
 			 	-
 		ļ	 	
TOTAL:				

8.2	Períodos de seguro acreditados en	Colombia.			
Entidad c	Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión		Hasta Disalasasa	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	











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

Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe anual.	Número de pagas al año.
	DO MM AAA		
10.1. (7) □ Por totalización	☐ Sin tota	ización	
En caso de liquidación por totaliza	ción, número total de días tenidos c	n cuenta:	
	Coeficiente pro	rreta:	
10.2. Motivos por los cuales no s	e abona ninguna prestación,		
Sello:	Fecha		

***	Firma del Fi		
10,3. Entidad Gestora de Ecua	Pirma del Fi		
Denominación:	Pirma del Pi		
Denominación:	Pirma del Pi	incionario	
Denominación: Dirección: (1)	Pirma del Pi	incionario	
Denominación: Dirección: (1)	Pirma del Pi	incionario	
Denominación: Dirección: (1)	Pirma del Pi	incionario	
Denominación: Dirección: (1)	Actor. Correo electrónico:	incionario	
Denominación: Dirección: (1)	Ador. Correo electrónico:	incionario	





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.

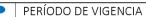


11 Determinación de la prestación a cargo de Colombia.							
Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe anual.	Número de pagas al año.				
	DD MIA Ada						
11.1. (7) :: Por totalización	[] Sin totali	zación					
En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:							
	Coeficiente prom	rata:					
11.2. Motivos por los cuales no se	abona ninguna prestación,						
Sello:	Fecha:						
1	***************************************						
	Firma del Fu	ncionario					
11.3. Entidad Gestora de Col	ombia.						
Denominación:							

Dirección: (1)							
releiono:	Correo electrónico:						
Sello:	Fecha: .		41111444				
	***************************************	***************************************					
	Firms	R					











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.



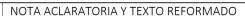
INSTRUCCIONES.

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

NOTAS.

- Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
- Para las mujeres casadas, apellido de Soltera.
- En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
- Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión libre.
- 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.L) Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)
- En Colombia: Tipo y Número de identificación
- 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.
- 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.
- 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 beneficiarjo 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.











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

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)
	City (1)
1.1,3	Referencia:
1.2	Datos del examinado
1.2.1	Apellido(s) (2)
	No. of the control of
1.2.2	Nombre Apellido(s) anteriores (3) Lugar de nacimiento (4)
1.23	Fecha de nacimiento Sexo: F M Nacionalidad Numero de Identificación
1.2.4	Dirección (1)
1.2.5	Último empleo
1.2.6	Niveles de escolaridad
1.2.7	Correo electrónico
1.2.8	☐ Número de afiliación
129	Número de Resolución de pensión
1.2.10	
1.2.10	
1.2.11	
1.2.12	
1.2.13	
1.3	Informe expedido por el médico laboral examinador
1.3.1	Apellida(s) Numbre
1.3.2	Dirección (1)
133	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	Direcerán (1)
1.4.3	Número de referencia del
1	expediente
1.4.4	Sello 1.4.5 Fecha
1	1.4.6 Fiona
L	



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

INFORME MÉDICO DETALLADO. 2. Apellido(s), nombre: Fecha; Día,.... Mes Año Dictamen basado en el examen de: (fecha) Dia MesAño Dictamen basado en el informe médico (fecha) Dia 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 : 3.2.1 El paciente está siendo tratado por el médico - describir si es especialista y/o la Institución 3.3 Tratamjento 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) □ No□ 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 desde el: 3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6)



4. Examen Físico 4.1Estado General (6)

Cese de la actividad o desvinculación laboral,









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.



		INFORME MÉDICO	DETALLADO.
Talla	cm Peso	kg	
Estado de nutrición:	□ bueno	 exceso de peso 	☐ falta de peso
Membranas mucosas			
			distribution of the second state of the second
Comentarios;			

4.2 Cabeza:			
4.2.1 Visión			
4.2.2 Oído			
4.2.3 Otros órganos sensoria	Jes.		
4.2 Cuello (observaciones			
4.3.1 Examen de la glándula			
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 reg	poso)		
4.5.4 Tension arterial (segur			
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 ór	ganos intra-abdomina	les	
4,7.2 Higado			
4.7.3 Bazo			
4.7.4 Aparato genito-urinari	0		
4.8 Sistema endocrino			
4.9 Aparato locomotor (en ca	aso necesario, usar el	método neutral O, página am	(crior)
4.9.1Columna vertebral.			
			es funcionales de las articulaciones)
Transmission appendic	a tacserou mibane	course à Promos de Herractori	sold the control of t
4.9.3Extremidades inferiores	s. (describir amputaci	ones y grados de limitaciones	s funcionales de las articulaciones, acortamientos)





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

INFORME MÉDICO DETALLADO.
4.10 Presencia de ganglios linfáticos.
44. O
4.11 Comprobaciones neurológicas (6)
4.11.1 Movimiento (potencia y tono) □ normal □ rápido □ lento □ débil
4.11.2 Marcha 🗆 normal 🗆 deficiencia / derecha 🗆 deficiencia / izquierda
,
4.11.3 Reflejos osteotendinosos y cutárico- mucosos:
4.11.4 Sintomas neurovegetativos:
4.11.5. Síntomas extrapiramidales:
Webster
4.12 . Aparato Psiquico: (antecedente de tratamientos, internaciones, presentación de certificación por especialista, manifestación de síntoma
o sospecha de patologia psiquiátrica deberá realizarse examen psiquiátrico según arte),
13 One (1 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 -
4.13 Otros (alergias, etc)
5 Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario)
Theorem and the control of the contr
 Función pulmonar (Indicar: espirómetros post Broncodilatador VEF1 y CCVF y grado de disnea según escata de NOTO. ACTO.
MCR_ATS)
 Función cardíaca/ECG de esfuerzo (Señalar conforme la clasificación duncional NYHA, signos de falla Cardíaca).
2.2 1 weekly the vice is 200 as establish (seeman contains in existing in differential in 1112), signed to land candidate).
5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)
5.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)
5.4.1 Resultados del examen radiogrático por rayos X de hoy
5.4.2. Resultados de anteriores exámenes radiográficos non rayos X realizados en otra parte.













RESOLUCIONES COMPILADAS

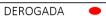
RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

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



	INFORME MÉDICO DETALLADO.
	announcement and the second se
5.4.3	Ecografía (abdomen y otros)
544	Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales.
D1717	magnice por resonancia magnetica (Arrivi) e minesagaciones especiales.
5.5	Resultados de laboratorio Clínico
	Para la des de la laborate de Destifacion
5.6	Resultados de laboratorio Patológico
	minimization and the second se
5.7	Agudeza Visual: Ojo Derecho
	Old Delication
	Ojo Izquierdo
	Visión Bino cufar
	Vision Binocular
	Campimetria
5.8	Oidos
5.0	Ç1005
	Audiometria via ósea y conductiva
598	istema nervioso Periférico:
	tromiografia)
5.10.	Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados)
5.11	Otras pruebas
4********	











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.



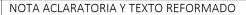
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

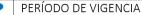
INFORME MÉDICO DETALLADO.

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

ĺ	
	The state of the s
[
(
1	
ĺ	
	Mills and Mills
l	











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

INFORME MÉDICO DETALLADO.

7.	Diagnó	stico	indicand	o la	causa	de	la	incapa	cid	ad
----	--------	-------	----------	------	-------	----	----	--------	-----	----

	Diagnostico indicando la causa de la incapacidad
	nóstico Principal: / Deficiencias Motivos de Valoracion: indicando afecciones, Grado σ Estadio, Porcentajes de incapacidad corde con normativa vigente (baremo).
7.2 Diag	nóstico 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
	ración con el informe anterior (fecha Día Mes Año) (6)
Mejora	□ Empeoramiento □ Sin Cambios □











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 sigu	e șiendo	capaz de realizar	de forma regular un trabajo (6)	
Pesado Mo	edio 🔲	Ligero		
10. Deberán tenerse	en cuen	ta las siguientes r	estricciones	
10.1 Se evitará el trabajo: (6)				
En lugar húmedo			En lugar frío	
En lugar a alta temperatura			En lugar con ruidos	
En lugar con humo, gases, vapor	es 🗆			!
Por turnos			En turno de noche	
En tareas que obligan frecuenten	nente 🗌			
Al asegurado a encorvarse, eleva	ar o transpor	tar Objetos que requiera	el uso de rampas, escaleras, escalerillas	
Peligro de caida				
10.2 La actividad deberá desarro	llarse única	mente: (6)		
Sentado			Con pausas adicionales	
En sitios cerrados pausas		(a)	demás de las pausas habituales) número y dur	ación de las
Con una postura corporal variad	a 🗆		Un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie	
Por tumos			En turno de noche	
Sin presión especial por límites de tiempo				



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 D En caso negativo, especificar la causa: 11.2 ¿ Puede el asegurado trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? (6) sı □ 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, especifiquese 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 hotas o porcentajes de una jornada laboral): 11.7 La invalidoz 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













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

INFORM	ME MÉDICO DETALLADO.
11.8 Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capaci del interesado, en virtud de la legislación del país de residen	idad laboral para cualquier otro tipo de trabajo en relación con las aptitudes cia.
11.9 Categoría de invalidez en virtud de la legislación del pa (A rellenar únicamente si el reconocimiento médico se li invalidez o de incapacidad (indemnización por incapa	levó a cabo con el fin de determinar si se admite na solicitud de pensión de
Las restricciones establecidas: (a) Han sido permanentes	
	, al
(b) Son temporates, det	4
11.10 ¿ Es posible mejorar el estado de salud actual? (6)	
SI NO no es posible responder	
En caso negativo, indíquese las medidas y si hay luga	r a aplicar el subsidio por incapacidad (colombiano):
11.11 ¿Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante ((6)
□ ormación Sanitaria □ Formación profesional?	
SI NO No es posible responder	
12. ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? ((6)
SI NO En caso afirmativo, indíquese la fec	cha
13. REEXAMEN: /(REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE IN	(VALIDEZ)
	vchs .
1	1
Firma de la autoridad competente para calificar la juvalidez	Scilo





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

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

			(Indemr	rización po	r incapaci	dad perm	anente parcial)	
Apeltic	do(s),Nombre:					Fecha:		
ι	El asegurado sig	gue siendo (capaz de realiza	ır de forma	regular u	n trabajo	(6)	
	Pesado		Medio	0	Ligero		0	
2	Deberán tenerse	en cuenta l	as siguientės re	stricciones				
2,1	Se evitará el trabaj	0: (6)						
	En lugar húmedo						En lugar frío	
	En lugar à alta ten	nperatura					En lugar ruidoso	
	En lugar con hum	io, gases, va	pores					
	Por tumos 🗆			En tumo	de noche	0		
	En tareas que obl	igan frecuer	ntemente 🗆					
	Al asegurado a er	corvarse, e	levar o transport	tar objetos qu	ue requiera	el uso de	rampas escaleras, escalerill	as 🗆
	Peligro de caída							
2.2	La actividad debe	rá desarroll	arse únicamente	: (6)				
	Sentado □			Con p	ausas adic	ionales	0	
	En sitios cerrados		(además de las	s pausas hab	ituales) nú	mero y du	ración de la pausas	
	Con una postura o	corporal var	iada	0		Un trab	oajo que requiera andar, estar sentado y de pie	0
	Sin presión espec	ial por limit	tes de tíempo	0				
2.3 E							ingido de sus órganos senso	riales, manos, etc.
	Es alérgico a:							
	-11							





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

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.
- 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 identificacion 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.







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 D NO D
	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 NO
	En caso negativo, especificar la causa:
3.3	¿Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? (6)
	En caso negativo, especificar la causa:
3,4 (6)	¿Puede el asegurado trabajar a tiempo completo en su último puesto de
	SI D NO D
	En caso negativo, especifiquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral)
3.5	¿Puede el asegurado realizar trabajo adaptado? (6)
	En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado
3.6	¿Puede el asegurado realizar un trabajo adaptado a tiempo completo? (6)
	SI 🗆 NO 🗆
	En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trábajo (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)
	☐ Total ☐ Parcial ☐ Grado de invalidez o porcentaje de la pêrdida 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









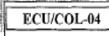


RESOLUCIONES COMPILADAS

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

CERTIFICADO DE TRASLADO TEMPORAL (Artículo 14 del Acuerdo)

A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDEPENDIENTE

1. DATOS DEL TRABAJADOR□A	ASALARIADO O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE
Apellido (s):	
Fecha de nacimiento: D D M M	
Número de identificación personal Afiliación al Sistema General de S	l: Ecuador:
	······································
Sistema General de Riesgos Labor	ales:
	E LA EMPRESA (para trabajadores asalariados o dependientes) O DE
ACTIVIDAD AUTONOMA (ASEGURADOR.	para trabajadores por cuenta propia o independientes) DEL P.
Nombre o razón social:	
Nº de identificación:	Para Ecuador: Para Colombia: NIT
Dirección:	
Teléfono:	Email:
Sello	Fecha: D D M M A A A A
3. DATOS DEL DESPLAZAMIENT	
Fecha inicial del desplazamiento:	D D M M A A A A A
Periodo que se solicita: Desde: D	D D M M A A A A Hasta: D D M M A A A A
	tividad profesional en el siguiente centro de trabajo:
	yr:
DEROGADA - NOTA ACIA	RATORIA Y TEXTO REFORMADO.



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.

ENTRE LA REPU	ACUERD JBLICA DE C	O DE SEGU OLOMBIA Y	RIDAD SO	OCIAL ÚBLICA D	EL ECUAD	ECU/COL-04 OR
complementar p		En	nail;			
LA INSTITUCIÓN DE TRABAJADOR Denominación:	egislación de:		Ecuador Hasta D	D M M		

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 SO	CIAL
Dirección:	
Teléfono;	
Email:	

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





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.



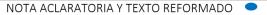
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

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 COMP	ETENTE DEL PAÍS DE	DESTINO (A)		
2. DATOS DEL TRAB	AJADOR[]asalariado	O DEPENDIENTE	□CUENTA PR	OPIA O INDEPENDIENTE
Apellido(s);		Nombre:		
Fecha de nacimiento	D D M M A A A	Nacionalidad		
Afiliación al Sistema Gener Régimen Contributivo de S Sistema General de Pension Sistema General de Riesgo: Profesión / Actividad: Email:	ral de Seguridad Social en Color alud: nes: s Laborales:	ormulario BCUA/COL-0		el periodo:
A		A A		pedido por ix
siguiente Institución:				
Nombre:				
Dirección:				4
	lo o continua ejerciendo la actividad			
Para Colombia: NfT:		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		













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.



	Se solicita que continúe sometido a la legalización de :	Ecuador Colombia
	Durante el período desde:	hasta:
4.	 DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (par ACTIVIDAD (para trabajadores por cuenta propia o ir 	ndependientes) DEL PAÍS ASEGURADOR
	Nombre o razón social: Ramo o actividad principal: No. De identificación : Para Ecuador:	
	Para Colombia: NIT:	
	Teléfono:	
	Sello F	echa:
	F	ima:
	COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓ	N COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO
5.	LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE 1	DESTINO
5.	LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE I Denominación: Dirección:	
5.	Denominación:	
5.	Denominación:	no estar de acuerdo
5.	Denominación: Dirección: DECLARA: Estar de acuerdo	no estar de acuerdo
5.	Denominación: Dirección: DECLARA: Estar de acuerdo En que el trabajador:	no estar de acuerdo
5.	Denominación: Dirección: DECLARA: Estar de acuerdo En que el trabajador: Siga sometido a la legislación de la Seguridad Social d	no estar de acuerdo e:
5.	Denominación: Dirección: DECLARA: Estar de acuerdo En que el trabajador: Siga sometido a la legislación de la Seguridad Social d Durante el período desde: D D M M A A A A Fecha:	no estar de acuerdo e:
5.	Denominación: Dirección: DECLARA: Estar de acuerdo En que el trabajador: Siga sometido a la legislación de la Seguridad Social d Durante el período desde: D D M M A A A A Fecha:	no estar de acuerdo e:

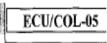


RESOLUCIONES COMPILADAS

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

INTRUCCIONES

El formularjo 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) <u>AUTORIDADES COMPETENTES</u> (Artículo 5 Acuerdo)

En Ecuador: En Colombia:

Teléfono...... PBX: 489 – 3900 / 489 – 3100 Email:..... www. mintrabajo.gov.co







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

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN

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

1. DATOS	IDENTIFICATIVO	S DEL TRABA	JADOR					
Apellido	(5):							Nombre:
Fecha Número		nacimiento: tificación	personal:	Envelor:	acionalidad:			Colombia:
Afiliación al S	iistema General	de Seguridad	Social en Co	elombia:				
Régimen	contributivo	-	Salud:		Siste	ma General	de	Pensiones:
Dirección hab	bitual:					***************************************		
2. DATOS I	E LA ACTIVIDA	D U N	Î	en la misión diplomát	ica u oficina co	nsular que se cita a	a continuació	in:
Dirección:								
Telėfono;								
Ejerce		la		siguiente		actividad:		(1)
0	está		al	servicio	privado		de	{2}
Dirección:								
	O DE OPCIÓN (ión de la leg	islación de Seguridad So	cial			de
	o establecido e			(4)				
				Lugar y fecha:				
				firma:				
4. LA INSTI		NADA DEL PA	ÍS A CUYA LE	EGISLACIÓN ESTA SOMETIDO E	LTRABAJADOF			
DEROG <i>i</i>	ADA •	NOTA	ACLARATO	ORIA Y TEXTO REFORMA	ADO •	PERÍODO DE	VIGENCIA	



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

		ENTRE LA REPÚBLICA	A DE COLOMBIA Y	LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
Dirección	:			
Declara	que	ei	trabajado	r está sometido a la legislación de: Ecuador Colombia
A partir	de	y D D M M A	A A mientras	permanezca en esta situación.
Sello			Fecha:	D D M M A A A A
			Firma:	
			INSTRUCION	ES
El formul	ario deberá	cumplimentarse por triplicado	en caracteres de imprent	a.
		etente del país asegurador exp nte del país de empleo.	pedirá los formularios a p	petición del trabajador, remitiendo uno al solicitante y otro a la
El trabaja	dor consen	vará el formulario con objeto de	acreditar su situación fro	ente a la Séguridad Social en el país de empleo.
NOTAS				
(2) (3) (4)	Indicar non El derecho públicos. L Indicar Ecu NOTA COLO	a opción deberá ser ejercida de uador o Colombia según proceda OMBIANA:	r. rcido por los nacionales entro de los tres primeros a.	del país acreditante que no tengan la condición de funcionarios meses siguientes a la fecha de iniclación del trabajo.
		midad con el principio de territo os de salud para el cotizante y su		i Lev 100 de 1993 y de conformidad con el Decreto 2710 de 2010, án únicamente en Colombia.
			Autoridades Comp	etentes
			(Artículo 5 Acue	rrdo)
En Ecuad	or:			
INSTITUT	O ECUATOR	riano de seguridad social		
Dirección	E			
Teléfono				
Email:				
En Colorr	nbia:			
MINISTER	RID DE TRAI	BAIO.		
Dirección	r			
Teléfono	·			

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	



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

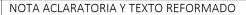
FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

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 períodos efectivos de cotización de acuerdo con su legislación.

		5):
Fecha de presentación de la solicitud de informe:	DD MM AAA	natation.
I Entidad Gestora destinataria competente.		
1.1. Denominación	***************************************	
1.2. Dirección (1)		particular transfer described and an experimental control of the state
2 Datos relativos al asegurado:		
	ido apellido (2)	Nombre
2.2. Apellido de nacimiento (3)		
2.3. Feeha de nacimiento La	ugar de nacimiento	
Díaañoañoaño		atti kasti tiling talang talang tilang disa
2.4. Sexo: M F F	Nacionalidad (4)	of Coast Class Charge Code of Assault Coast Chart College Code
2.5. Estado civií: (5)		
Fecha de matrimonio o de la unión marital de hec	cho:	
Fecha del divorcio o de separación si es unión de	hecho: ,	
2.6. DNI/NIE. (6)	MIN.	
Tipo de documento (C.C., C.E, P.,T.I.,R.C. o NUII	P) (6)No. de docum	nento
(Por favor anexar fotocopia dei documento expedido	o en Colombia)	
2.7. Domicilio habitual (1)		ongga napanga napanana anama di kada akada di kagi kanja
2,8. Número de afiliación a la Seguridad Social (7)	En Ecuador: ,,	
	En Colombia:	annonamina mily namenoniminy nominano
2.9. Corree electrónico	.,	











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

	ACUERDO ADMINISTRATIVO DE COL/ECUA-01 SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA									
3	FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado, actarando si las actividades son o no de alto riesgo.									
3. 1										
No	mbre de la empresa	Dirección / Municipio / Departamento	Desde ISD MM AAA	Hasta DDMHAIA	Naturaleza de la actividad					
					84° 14 Shi 18 Shariff Shiriff Shiriff Shariff bash bash bash bash bash bash bash bash					
3. 2	En Colombia (8 nbre de la empresa	Dirección / Municipio / Departamento	Desde	Hasta	Actividades de alto riesgo					
			12D MILL AAA	DD MM AM	SI – NO (8)					
-										



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

	ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS								
4									
4.	1	Períodos de	seguro acr	editados o	en Ecuador,				
	Desde DD/MM/AAA			Hasta D/MM/AAA		Obligatorios (días)	Voluntarios (días)		
F	_								
	_								
	_								
4.2		Po	eríodos de	seguro ac	reditados en C	Colombia			
	lom lizó	Entidad ibiana donde aportes para pensión		sde <u>M/AAA</u>	Hasta DD/MM/		Obligatories (días)	Voluntarios (días)	
	_								
	_								



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

	ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA
	FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS
In this also do Do	
Institución de Ec	uador.
Denominación:	
	}
Dirección: (1)	ì
,,,,,,,,,	
Sello:	Fecha:
outo.	Firma
	1
Institución de Co	olombia
Denominación;	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Dirección: (1)	1
,	
	1
	i
	1
Fecha:	Firma







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 Colombia, indicar: Dirección, Ciudad o Municipio y Departamento
 - Para Ecuador, indicar: la dirección del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Para nacionales ecuatorianos es imprescindible el segundo apellido.
- Para ias mujeres casadas.
- 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)
- En Ecuador, Número de afiliación a la Seguridad Social ecuatoriana (NAF).
 - En Colombia Tipo y Número de identificación
- Indicar SI o NO. En Colombia deberá acreditar tiempos servidos en iguales condiciones. La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
 - Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
 - 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.
 - En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función especifica de actuar en operaciones de extinción de incendios.





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.

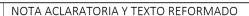
ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA

COL/ECUA-01

FORMULARIO DE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

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 sefigladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.









RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

COL/ECUA-02								
ACHEDRO ADMINISTRATIVO DE SECURIDAD SOCIAL ENTRE ECHADOR V COLOMBIA								
ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA SOLICITUD								
MM VEJEZ MM INVALIDEZ MM SUPERVĮVENCIA								
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								
N° de referencia en Ecuador: N° Documento de Identificación en Colombia (6)								
•								
Fecha de presentación: Día MesAño								
1 Destinatario:								
1.1. Denominación								
1.2, Dirección (1)								
2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:								
2.1. Primer apellido Seguado apellido Nombre								
2.2, Apellidos de nacimiento (2)								
2.3, Fechs de nacimiento Día Mes. Año. Lugar de nacimiento								
2,4, Sexo: F M Nacionalidad (3)								
2.5. Estado civil: (4) Soltero Casado Diverciado Unión libro Viudo								
Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho: Día Mes								
Fecha del divorcio o de la separación si es unión tibre; DíaMesAño								
2.6. DNI/NIE (5)								
Tipo de decumento (C.C.C.E.P, T.I, R.C. o NUIP) (6)								
2.7. Domicilio habitual (1)								
En Equador								
2.8. Número de afiliación a la Seguridad Social (6) En Colombia:								
2.9. Fecha de fallecimiento. Día								
2.10.Origes del Fallecimiento:(7) Común Laboraí								
2.11. El asegurado (7)								
Ejerce una actividad asalariada : una actividad independiente								
No ejecce actividad laboral								
2.12. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad Inboral . Dia								
2.13. ¿Se encuentra affiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10) 1. SI								
Cual?Beneficiario(s)								
2.14. ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (10) \$l NO								
2.15. El asegurado (7) 🗓 pereibe 🖂 no pereibe una pensión o renta 🔾 ha sido 🖂 no ha sido titular de una pensión o renta								
2.16. En caso afirmativo :								
Institución que concedió la pensión Importe mensual de la pensión								
Námero de pagas al año								
I								







RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

							CO	L/ECU	A-02	
3 Datos relativos al solicitante en caso de supervivencia. (14)										
3.1. Primer apelli			Segundo apellido			Nombre				
	cimiento Dia		Año Lug		to	***************************************				
3.3. Sexo : F M Nacionalidad (3)										
3.4. Tipo de documento de identificación en Colombia (6)										
3.6. Fortha de matrimonio o unión libre Día										
En caso afirmativo : Tipo y número de referencia de la pensión Institución pagadora Fecha de efectos: Día										
3.9. Correo Electrónico: (17) 3.10 REPRESENTANTE LEGAL (15) Tipo de documento en Ecuador (5)										
Datos de le	os familiares	que pueden	causar derec	ho a pensió	n. (10)					
Apellidos y nombre	Tipo de documento de identificación (6)	Grado de parentesco (10)	Fecha de nacimiento Dia/Mes/Año	¿Convivia/ convive con el asegurado? (10)	¿Dependia o depende económicamente del asegurado? (10)	¿Está Incapacitado para el trabajo? (8 y 10)	Trabaja (10)	Percibe pensión o tenta (10)	Estudia indicar nivel afcanzado (16)	
				-						
							-			





RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

			CO	L/ECUA-02
donde desea percibir la	pensión. (12 y 17)			
e actividades laborales de				11111111111111111111111111111111111111
DIRECCIÓN, CIÚDAD	Y PROVINCIA	Desde DD/MM/AAAA	Hasta DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad
(12)				
Direction, Cridad, Departamento y Municipio	Administradora de Pensiones	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad
1		1		1
	e actividades laborales de Dirección, Ciudad, Dirección, Ciudad,	e actividades Inborales desarrolladas por el DIRECCIÓN, CIUDAD Y PROVINCIA (13) Dirección, Ciudad, Nombre de la Administradora de	e actividades laborales desarrolladas por el asegurado, Aclara DIRECCIÓN, CIUDAD Y PROVINCIA Desde DD/MM/AAAA (13) Dirección, Ciudad, Departamento y Municipio Nombro de la Departamento y Municipio	bia Esuador : Otro



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

			COL/I	ECUA-02			
7 Datos sobre los períodos de seguro.							
7.1 Períodos de seguro acreditados en Ecua	idor.						
Entidad Ecuatoriana donde realizo aportes para pensión	Desde DD MM AAA	Hasta DD IAM AAA	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)			
			<u> </u>				
				i			
			1				
				<u> </u>			
7.2 Períodos de seguro acreditados en Colo	mbio						
	mora.						
Entidad colombiana donde realizó aportes para	Deede	Uarto	Obligatorios (dies)	Voluntarios			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde DD MM AAA	Hasta DOMM AAA	Obligatorios (días)	Voluntaries (dias)			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión			Obligatorios (días)				
pensión			Obligatorios (días)				
pensión 8	DD MM AAA	DO MM AAA	Obligatorios (días)				
8 8.1 procede © no procede □	me al art. 32.2 del Acuer	DO MM AAA	Obligatorios (días)				



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

			COL MOTH A					
			COL/ECUA-02					
9Determinación de la presta	ción a cargo de Ecuador.							
Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe Mensual Es necesario para Ecuador – (se	Número de mensualidades al año.					
	DD MM AAAA	sugiere mensual)						
9-1. (8) Por totalización	Sin totaliz	ación						
En caso de liquidación por totaliza	ación, número total de dias tenidos er	cuenta:	1					
	Coeficiente pror	rala:						
9.2. Motivos por los cuales no se	abona ninguna prestación.							
Sello:		Fecha:						
	Firma del Fu	ncionario						
9.3. Entidad Gestora de Ecua	dor.							
Denominación:			Ì					
Dirección: (1)								
Teléfono:	Correo electrónico:		11.000.000.000.000.000.000.000.000.000.					
Sello:		Fecha:						
	Pirma							
10 Determinación de la prest	ación a cargo de Colombia.							
Clase de la prestación.	Fecha de efectos.	Importe Mensual	Número de mensualidades al					
	DDMM	Es Necesario para Ecuador (Se sugiere mensual)	año.					
	DO MM AAA							
10.1. (7) Por totalización	Sin totalis	zación						
En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:								
sale and we inquitation per totaliza		ata:						
10.2. Motivos por los cuales no so		11.44						
10.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.								
Fecha:								
112	Firma del Fun	cionario						
Firma del Funcionario								







RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

COL/ECUA-02			
10.3. Entidad Gestora de Colombiana.			
Denominación:			
Dirección: (1)			
Teléfono: Correo electrónico:			
Fecha:			
Firma			
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 (6) CCCE			
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			











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 líncas de puntos.

NOTAS.

- 1- Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
- 2. Para las mujeres casadas, apellido de Soltera.
- En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
- 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 Cludadania (CC), Cédula de Extranjeria (CE) Pasaporte (P) (Aun cuando no és documento de identificación), Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Unico de Identificación (R.C o NUIP)
- Marcar Io que proceda.
- Marcar le que proceda. En caso de incapacidad, deberá adjuntar incapacidad médica debidamente soportada con informe médico.
- Hijos, padres u otros derechohabientes.
- 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.
 - Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por cacima de los valores limites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud de salud ocupacional.
 - 3. Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 - 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.
 - En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendjos.
 - 7. En el Instituto Nacional Penjitenciario 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 do 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.
- 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













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 Entjéndase 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).







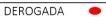


RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

		ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL COL/ECUA-03			
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) 1.1.2 Dirección (1) 1.1.3 Referencia: 1.2 Dato del examinado 1.2 Apellódo(s) (2) 1.2 Nombre Apellódo(s) (3) 1.2 Lagar de macimiento (4) 1.2.1 Dirección (1) 1.2.4 Dirección (1) 1.2.5 Oficino empleo 1.2.6 Niveles de escolaridad 1.2.7 Corroc electrónico 1.2.8 Namero de alfisición 1.2.9 Internación de Resolución de pesión 1.2.10 Fecha de presentación de la solicitad de presión 1.2.11 Parlogia degrerativa / progresiva 1.2.12 Parlogia Congéria 1.2.13 Patologia de alho conto / catantefica 1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apel·11do (s) 1.3.2 Informe expedido por el médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.1 Institución que solicita el exament 1.4.2 Denominación 1.4.3 Secha el presentación (1) 1.4.3 Secha el presentación (1) 1.4.4 Secha el presentación (1) 1.4.5 Fecha el presentación (1) 1.4.6 Firma					
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) 1.1.2 Dirección (1) 1.1.3 Referencia: 1.2 Dato del examinado 1.2 Apellódo(s) (2) 1.2 Nombre Apellódo(s) (3) 1.2 Lagar de macimiento (4) 1.2.1 Dirección (1) 1.2.4 Dirección (1) 1.2.5 Oficino empleo 1.2.6 Niveles de escolaridad 1.2.7 Corroc electrónico 1.2.8 Namero de alfisición 1.2.9 Internación de Resolución de pesión 1.2.10 Fecha de presentación de la solicitad de presión 1.2.11 Parlogia degrerativa / progresiva 1.2.12 Parlogia Congéria 1.2.13 Patologia de alho conto / catantefica 1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apel·11do (s) 1.3.2 Informe expedido por el médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.1 Institución que solicita el exament 1.4.2 Denominación 1.4.3 Secha el presentación (1) 1.4.3 Secha el presentación (1) 1.4.4 Secha el presentación (1) 1.4.5 Fecha el presentación (1) 1.4.6 Firma		INFORME MÉDICO DETALLADO.			
Institución a la que se dirige el informe.					
1.1.1 Denominación y/o mignifer		Artículo 21,22 y 23 del Acuerdo Administrativo			
1.1.1 Denominación y/o mignifer					
I.1.2 Dirección (I) I.1.3 Referencia: I.2 Datas del caminado I.2.1 Apellido(a) (2) I.2.2 Nombre Apellido(b) (3) Lagar de nacimiento (4) I.2.3 Fecha de nacimiento Sexo: F M M Nacionaldad Numero de Identificación	1.1	Institución a la que se dirige el informe.			
1.1.3 Referencia:	1.1.1	Denominación y/o nombre			
1.2 Dato del examinado 1.2.1 Applido(s) (2) 1.2.2 Nombre	1.1.2	Dirección (1)			
1.2 Dato del examinado 1.2.1 Applido(s) (2) 1.2.2 Nombre	113	Referencia			
1.2.1 Applido(s) (2) Lagar de nacimiento (4) 1.2.2 Nombre Applido(s) (3) Lagar de nacimiento (4) 1.2.3 Fecha de nacimiento Sexo: F M Nacionalidad Numero de Identificación					
Lagar de nacimiento Sexo: F M Nacionalidad Numero de Identificación	1.2	Datos del examinado			
1.23 Fecha de nacimiento Sexo: F M Nacionalidad Numero de Identificación	1.2.1	Apellido(s) (2)			
1.23 Fecha de natimiento Sexo: F M Nationalidad Numero de Identificación	1122				
Dirección (1) 1.2.5 Último empleo 1.2.6 Niveles de escolaridad 1.2.7 Corro electrónico 1.2.8 Número de afiliación 1.2.9 Número de Resolación 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 Padelogia progresiva 1.2.11 Patologia de generativa / progresiva 1.2.12 Patologia de año cotto/ catastrófica 1.3.1 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apel·lído (s) 1.3.2 Dirección (1) 1.3.3 Membre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.4 Institución que solicita el examen 1.5.1 Denominación 1.6.2 Dirección (1) 1.7.3 Número de referencia del expediente 1.8.4 Sallo 1.8.5 Fecha 1.8.5 Fecha 1.8.6 Firma		Tomas Typerrody by Longitude 177			
1.2.1 Oltimo empleo 1.2.2 Niveles de escolaridad 1.2.2 Corro electrónico 1.2.3 Namero de atilización 1.2.9 Namero de Resolución de pensión 1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de pensión 1.2.11 Patología degenerativa / progresiva 1.2.12 Patología Congénita 1.2.13 Patología degenerativa / progresiva 1.2.14 Patología degenerativa / progresiva 1.2.15 Patología Congénita 1.2.16 Patología Congénita 1.2.17 Patología de afilo costo / catastrófica 1.3.1 Apellido (s) 1.3.2 Dirección (I) 1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.4 Institución que solicita el examen 1.4.1 Denominación 1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma	1.2.3	Fecha de nacimiento Sexo: F M Nacionalidad Numero de Identificación (5)			
1.26 Niveles de escolaridad 1.27 Corroc electrónico 1.28	1.2.4	Dirección (1)			
1.26 Niveles de escolaridad 1.27 Corroc electrónico 1.28	1.2.5	Último emeleo			
1.28 Número de afiliación 1.29 Número de Resolución de pensión 1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de pensión 1.2.11 Patología degenerativa/progresiva 1.2.11 Patología degenerativa/progresiva 1.2.12 Patología degenerativa/progresiva 1.2.13 Patología de año costo / catastrófica 1.3. Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3. Apellido (s) Nombre 1.3. Dirección (I) 1.3. Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4. Institución que solicita el examen 1.4. Denominación 1.4. Dirección (I) 1.4. Número de referencia del		·			
Número de Resolución de pensión	1.2.7	Correo electrónico			
12.10 Fecha de presentación de la solicitad de pensión . 12.11 Patología degenerativa/progresiva . 12.12 Patología degenerativa/progresiva . 12.13 Patología de año costo/catastrófica . 13.1 Apollido(s) Nombre . 13.2 Dirección (I) . 13.3 Mombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora . 14.4 Institución que solicita el examen . 14.1 Denominación . 14.2 Dirección (I) . 14.3 Múmero de referencia del expediente . 15.4 Sallo . 16.5 Fecha . 16.5 Fecha . 16.6 Firma	1.2.8	Número de afiliación			
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitad de revisión de pensión o por Patología progresiva. 1.2.11 Patología degenerativa/progresiva 1.2.12 Patología Congénita 1.2.13 Patología de año costo/catastrófica 1.3.1 Apellido (s) 1.3.2 Dirección (l) 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 (l) 1.4.3 Número de referencia del expedienta 1.4.4 Sallo 1.4.5 Fecha 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma	1.2.9	Número de Resolución de pensión			
1.2.11 Patología degenerativa/progresiva 1.2.12 Patología Congénita 1.2.13 Patología de año costo/catastrófica 1.3.1 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apellido(s) 1.3.2 Dirección (I) 1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.4 Institución que solicita el examen 1.4.1 Denominación 1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Fecha 1.4.4 Firma	1.2.10	Fecha de presentación de la solicitud de pensión			
12.13 Patología Congénita 12.13 Patología de abo costo / catastrófica 13.1 Informe expedido por el médico laboral examinador 13.1 Apellido(s) 13.2 Dirección (I) 13.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 14.4 Institución que solicita el examen 14.1 Denominación 14.2 Dirección (I) 14.3 Número de referencia del expediente 14.4 Sallo 14.5 Fecha 14.6 Firma	1.2.10	Fecha de presentación de la solicitud de revisión de pensión o por Patología progresiva			
1.3.1 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apellido(s) 1.3.2 Dirección (I) 1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.4 Institución que solicita el examen 1.4.5 Denominación 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma	1.2.11				
1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador 1.3.1 Apellido(s) Nombre 1.3.2 Dirección (I) 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 (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma					
13.1 Apellido(s) Dirección (I) 13.3 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 (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma	1.2.13	Patologia de alto costo / catastrófica			
1.3.2 Dirección (I) 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 (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma	1.3	Informe expedido por el médico laboral examinador			
1.3.2 Dirección (I) 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 (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma	1.3.1	Anellide(s) Nombre			
1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora 1.4.1 Institución que solicita el examen 1.4.1 Denominación 1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma		Bi-sesián /II			
1.4 Institución que solicita el examen 1.4.1 Denominación 1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma					
14.1 Denominación 14.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma	1.27.27				
1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma	1.4	Institución que solicita el examen			
1.4.2 Dirección (I) 1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sallo 1.4.5 Facha 1.4.6 Firma	14.1	Denominación			
1.4.3 Número de referencia del expediente 1.4.4 Sello 1.4.5 Fecha 1.4.6 Firma		Dispersión (I)			
1.4.4 Sello 1.4.5 Fecha					
1.46 Firms					
1.4.6 Firma	1.4.4	Sallo 1.4.5 Fechà			
		1.4.6 Figma			











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACTIERD	O DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03		
ENTRE LA REPÚBLICA DE C	COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECT	UADOR		
INFORME MÉDICO DETALLADO.				
2. Apellido(s), nombre:	Fecha: Día	Mes		
Año				
2.1 Dictamen basado en el examen de:	(Stoha) Dia	Mes		
2.2. Dictamen basado en el informe médico	(feeha) Día	Mes		
3. Historial del paciente				
3.1 Historial clímico - Evolución con diag- enfermedades en forma cronológica, inc		las		
3.2 Principales dolencias que alega en la s	actualidad (Estado Actual) :			
the control of the co		H. Birlink (Second Stiffs		
3.2.1 El paciente está siendo tratado po Institución	or el médico - describir si es espec	cialista y/o la		
3.3 Tratamiento actual				
.,				
3.4 Antecedentes sociales, personales, fami Cargo/oficio/empleo	iliares y carrera profesionales /			
	,			
3.4.1 ¿Ejerce el asegurado en la actualid				
Si 🗆 No🗆 Número de Tipo de actividad	horas de trabajo:			



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

### STATE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR INFORME MÉDICO DETALLADO.	ACTERDO DE SECURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03
3.4.2 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha y secuelas o danos. 3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación 3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) Si Bo desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4. Examen Fisico 4.1 Estado General (6) Talla Cm Peso kg Estado de nutrición: Dueno D exceso de peso I falta de peso Membranas mucosas Fiel Estado mental y enecional Comentarios: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.3.1 Camen de la glándula troides. 4.3.2 Canglios linitáticos. 4.3.3 Cansol de la glándula troides. 4.3.4 Aparto respiratorio:	ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECU	JADOR
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 Fisico 4.1 Estado General (6) Talla Characterísticas modes el superioristica de peso Membranas mucosas Membranas mucosas Comentarios:	INFORME MÉDICO DETALLADO.	
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) si No deside el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4.1 Estado General (6) talla Cese de peso falta de peso Membranas mucosas Membranas mucosas Fiel Estado de nutrición: bueno exceso de peso falta de peso Membranas mucosas Fiel Estado de 1.2.2 Cabeza: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Cido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glandula tiroides. 4.3.2 Canglias finitáricos. 4.3.3 Otros órganos sensoriales. 4.4 Apunto respiratorio:		
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) si No deade el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4.1 Estado General (6) Talla CE PESO Kg Estado de nutrición: Deueno Exceso de peso falta de peso Membranas mucosas Fiel Estado de nutrición: Estado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.3 L'amen de la glandula tiroides. 4.3.1 Canglias tináticos. 4.3.2 Canglias tináticos. 4.3.3 Otros. 4.4 Apunto respiratorio:		
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) si No deade el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4.1 Estado General (6) Talla CE PESO Kg Estado de nutrición: Deueno Exceso de peso falta de peso Membranas mucosas Fiel Estado de nutrición: Estado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.3 L'amen de la glandula tiroides. 4.3.1 Canglias tináticos. 4.3.2 Canglias tináticos. 4.3.3 Otros. 4.4 Apunto respiratorio:	111111111111111111111111111111111111111	
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) Si No deade el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4. Examen Fisico 4.1 Estado General (6) Talla Cm Peso kg Estado de mutrición: bueno exceso de peso falta de peso Membranas mucosas Fiel Estado de mutrición: Estado de peso Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.3.1 Examen de la gladula tioides. 4.3.2 Camplios linitáticos. 4.3.3 Otros. 4.3.3 Otros. 4.4 Apunto respiratorio:	3.4.2 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha y secuelas o	daños.
3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) si No deade el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, el: 4.1 Estado General (6) si No No No No No No No No No N		III I William de anno anno anno anno anno anno anno ann
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación	
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla		
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	***************************************	
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla		
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla		
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	***************************************	
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	***************************************	
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	,	
desde el: Cese de la actividad o desvinculación laboral, 4. Examen Físico 4.1 Estado General (6) Talla	.,,,,,,,,,,,,,,,	
4.1 Estado General (6) Talla		
4.1 Estado General (6) Talla	Cese de la actividad o desvinculación laboral,	el:
4.1 Estado General (6) Talla	THE REPORT OF SHARE OF THE REPORT OF THE REP	
4.1 Estado General (6) Talla		
Talla		
Estado de nutrición: D bueno D exceso de peso D falta de peso Membranas mucosas Piel	1,0	
Membranas mucosas Piel Estado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios finfaticos. 4.3.3 Otros. 4.4.4 Aparato respiratorio:		1
PielEstado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensoriales. 4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios finfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4.4 Aparato respiratorio:	Estado de mutrición: O bueno O exceso de peso O falta	de peso
Piel Estado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensociales. 4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios linfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4.4 Aparato respiratorio:	Membranas mucosas	-
Piel Estado mental y emocional Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 4.2.3 Otros órganos sensociales. 4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios linfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4.4 Aparato respiratorio:		
Comentarios: 4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 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. 4.4.4 Aparato respiratorio:		
4.2 Cabeza: 4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 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. 4.4.4 Aparato respiratorio:	Piel Estado mental y emocional	
4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 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. 4.4.4 Aparato respiratorio:	Comentarios:	
4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 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. 4.4.4 Aparato respiratorio:		
4.2.1 Visión 4.2.2 Oido 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. 4.4.4 Aparato respiratorio:	4.2 Cohenna	
4.2.2 Oido 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:		
4.2.3 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:		
4.2 Cuello (observaciones externas). 4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios linfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4 Aparato respiratorio:		
4.3.1 Examen de la glándula tiroides. 4.3.2 Ganglios linfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4 Aparato respiratorio:		
4.3.2 Ganglios linfáticos. 4.3.3 Otros. 4.4 Aparato respiratorio:		
4,3.3 Otros. 4.4 Aparato respiratorio:		
4.4 Aparato respiratorio:		
4.5 Sistema circulatorio	4.5 Sistema circulatorio	
	4.4 Aparato respiratorio:	



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03		
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL EC	UADOR		
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. <u>6</u> Edema			
4.5.7 ECG (en reposo)			
4.6. Riñones			
4.7 Abdomen			
4.7.1 Aparato digestivo y organos intra-abdominales			
4.7.2 Higado			
4.7.3 Bazo			
4.7.4 Aparato genito-urinario			
4.8 Sistema endocrino			
4.9 Aparato locomotor (en easo necesario, usar el método neutral O, página anterior)			
4.9.1Columna vertebral.			
4.9.2Extremidades superiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones)			
MEDICAL PROPERTY HAND			
4.9.3 Extremidades inferiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones, acr	ortamientos)		
	1644444		
4.10 Presencia de ganglios linfáticos.			
4.10 Presentia de gangrios nitrancos.			
200000000000000000000000000000000000000			
4.[1 Comprobaciones neurológicas (6)			
4.11.1 Movimiento (potencia y tono)			
4.11.2 Marcha □ normal □ deficiencia / derecha □ deficiencia / izquierda			
4.11.3 Reflejos osteotendinosos y cutáneo-			
THECOSOS:			
4.11.4 Síntomas neurovegetativos:			
4.11.5. Sintomas extrapiramidales:Escala de Webster			



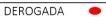


RESOLUCIONES COMPILADAS

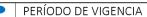
RS. C.D. 524 de 23 de mayo de 2016. RS. C.D. 551 de 24 de abril de 2017.

TEXTO CODIFICADO

		COL/ECUA-03		
	AÇUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL LENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECU	ADÓR		
	INFORME MÉDICO DETALLADO.			
4.12	Aparato Psíquico: (antecedente de tratamientos, internaciones, presentación de certificación por especialista, m	anifestación de sintomas		
0 808	o sospecha de patología psiquiátrica deberá realizarse examen psiquiátrico según arte).			
4.13	Otras (alergias, etc)			
1	***************************************			
5	Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario)			
5.1	Función pulmonar. Indicar: espirómetrias post Broncodilatador VEF1 y CVF y grado de disnea según esc	ala de MCR_ATS.		
	(medical Reserarch Council) ó mediciones de DLCO (disfunción de monóxido de carbono) ó V02max (volu-	men máximo de		
	oxigeno)			
5.2	Función cardíaca/ECG de esfuerzo (Señalar conforme la clasificación duncional NYHA, signos de falla Car	rdiaca).		
İ				
	Indiana and an and an			
5.3	Ecografia Doppler (corazón y vasos)			
2.3	Ecograna Doppici (corazon y 14898)			
1				
5.4	Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)			
ĺ				
5.4.1	Resultados del examen radiográfico por rayos X de hoy			
	MINITED TO THE PARTY OF THE PAR			
543	Particle de la contrada del la contrada de la contr			
5.4.2	Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos X realizados en otra parte			
5.4.3	Ecografía (abdomen y otros)			
	, ,			
	Barden and All Markers			











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

	ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03
	ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECU	JADOR
	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 correccion optica)	
1	Ojo Derecho	
	Ojo Izquierdo	
	Visión Binocular	
	Campimetria	
5.8	Oldos	
5.0		
	Audiometría vía ósea y aérea	
5.9.	Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía - NC; Pruebas de monofilamento; Di	iscriminación de dos
punt	03)	
5 10	Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados en	contrados)
	Tanji gelon de los auguns de novimiento articular. (Hacons de Comonico na de April Inde por grados ed	
_		
5.11	Otras pruebas	





RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL	ECUADOR
	Decimon
INFORME MÉDICO DETALLADO.	
6. Hoja complementaria reservada a las observaciones de otros especialistas (a completar únicamente	en caso necesario).
	on the decidents
	1
	1











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

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 actualmento las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restrícciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-03
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 Loboral (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 actualmetne las personas, con o sia limitaciones, con adatapciones, reubicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUA	DOR
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 la 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 actualmetra las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, reúbicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	INFORME MÉDICO DETALLADO.	
7.3. Deficiencias Motivos de Valoración 8. FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan el Rol Laboral (ROL OCUPACIONAL)) (Consignar las limitactones y/o restricciones que la está generando la deficiencia en el funcionamiento de la persona (Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	7.1 Diagnóstico Principal: (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 limitactones y/o restricciones que la 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 actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
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 necesurias que puede ejercer actualmento las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, reúbicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
(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 actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, reúbicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	7.3. Deficiencias Motivos de Valoración	***************************************
(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 actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, reúbicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
(Describér las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, reúbicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	8 FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan el Rol Laboral (ROL OCUPACIONAL)))
(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetro las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		de la persona
(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetro las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetro las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetro las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetro las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)	8 L Rol Jahoral La BOR A1	***************************************
las personas, con o sin limitaciones, con adatapciones, retibicado, con cambio de trabajo/empleo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)		
		restricciones parciales
	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 particiapción social)	(Descripción de las diversas actividades de la vida diaria - AVD, actividades de la vida diaria instrumentali	es -AVDI, actividades
8.2.1 – Categoría para el Aprendizaje y aplicación del conocimiento	8.2.1 – Categoría para el Aprendizaje y aplicación del conocimiento	
8.2.2 - Categoria de la Comunicación		
8.2.3 - Categoria de la Movilidad	8.2.3 – Categoria de la Movilidad	
8.2.4 - Categoría del cuidado personal	8.2.4 - Categoría del cuidado personal	
8.2.5. Categoria de la Vida Doméstica	8.2.5. Categoria de la Vida Doméstica	
8.2.6: Especifique que dispositos de apoyo usa al momento de la valoración y para que?	, and the second of the second	
Dispositivos para la visión: SiNo Por que?		
Dispositives para cl odide: SiNo Por que?		
Dispositivos para la movilidad de MMSS: Si_No_Por que? Dispositivos para la movilidad de MMII: 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: SiNoPor queEspecifique cuál (ISO 9999 de 2012	Dispositvos para otras funciones y estructuras corporales: SiNoPor queEspecifique cuál (IS	O 9999 de 2012











RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUER	DO DE SEGURIDAD S	SOCIAL	COL/ECUA-03
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR			
INFORME MÉDICO DETALLADO.			
Dispositivos para la movilidad de MMII: Si	No Por que?		
Dispositvos para otras funciones y estructuras corporales:	SiNoPor que	-Especifique cuál (I	SO 9999 de 2012
LEADER TO THE TENED OF THE TENE			
Aderencia al Tratamiento y Respuesta al Tratamie	nto		
Comparación con el informe anterior (fecha Día	Mes Año) (6)	1
Mejora □ Empeoramiento □ Sin Cambios □			
 ¿Será necesario realizar un nuevo reconocin 	tiento? (6)		
Sí 🗆 No 🗆 En caso afirmativo, indíquese la fec	:ha		
11. REEXAMEN: (REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE I	NVALIDEZ)		
Antes del tercer año A los 3 años Fo	cha		.
Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez	Setlo		











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

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

NOTAS

- (1) Para Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad o Municipio y Departamento.
- (2) Para nacionales ecuatorianos 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 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)
- (6) Marcar la casilla que corresponda.





RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

	ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE	COL/ECUA-04
	LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	
	CERTIFICADO DE TRASLADO TEMPORAL (Artículo 14 del Acuerdo)	***************************************
	A COMPLEMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDE	PENDIENTE
1.	. DATOS DEL TRABAJADOR: ASALARIADO O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O	INDEPENDIENTE
	Apellido(s):	***************************************
	Nombre(s):	***********
	Fecha de nacimiento: Nacionalidad: Nacionalidad:	
	Número de identificación personal: Ecuador:	
	Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:	
	Regimen Contributivo de Salud:	
	Sistema General de Pensiones:	
	Sistema General de Riesgos Laborales:	
	Profesion/ Actividad:	
	Dirección habitual:	
	Email:	
2.	DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (para trabajadores asalariados o depe ACTIVIDAD AUTÓNOMA (para trabajadores por cuenta propia o independientes) DEL P	,
	Nombre o razón social:	
	Nº de identificación: Para Ecuador:	
	Para Colombia: NIT	
	Ramo o Actividad Principal: Dirección:	
	Teléfono: Email:	
	Sello Fecha:	
	Firma:	
3	DATOS DEL DESPLAZAMIENTO	
	Fecha inicial del desplazamiento:	
	Periodo que se solicita: Desde:	M A A A
ı	El trabajador va a ejercer la actividad profesional en el siguiente centro de trabajo:	
í	Nombre o razón social:	
1	N° de identificación: Para Ecuador:	









RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE	COL/ECUA-04
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	
COLOMBIA	
Dirección:	
Teléfono:	
COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS ASEGURADO	R
4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL 1	RABAJADOR
Denominación:	
Dirección :	
Declara que el trabajador:	et : o the contract that one
Permanece sometido a la legislación de: Ecuador Colombia	20-7 20 MC CA 600
Durante el periodo: desde	
Sello Fecha: D D M M A A	
Firma:	
INSTRUCCIONES	
El formulario deberá complementarse por triplicado ejemplar en letra tipo imprenta, en el supuesto de trab o colombianos, que se desplacen al otro país por un periodo inferior a dos años.	ajadores, ecuatorianos
La Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del empleador o trabajo remitiendo uno al solicitante y otro a la Institución Competente del país receptor.	ador por cuenta propia,
Indicaciones para el empleador o trabajador:	or 86500 6500
Si el traslado o el desplazamiento se prolongan mas allá de los dos años inicialmente previstos, el emplea cuenta propia deberán formular una solicifud de prórroga no superior a un año debidamente justifica Competente del país asegurador, con tres meses de antelación a la finalización del periodo autorizado.	ador o el trabajador por ada ante la Institución
NOTA COLOMBIANA: De conformidad con el principio de territorialidad establecido en la Ley 100 de 1990 el Decreto 2710 de 2010, los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se prestarán únicamen	3 y de conformidad con nte 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.	



RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

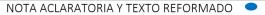
RS. C.D. 592 12 de noviembre de 2019.

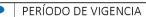
ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA



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		
Apellido(s):		
Fecha de nacimiento:		
Número de identificación personal: Ecuador		
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:		
Régimen Contributivo de Salud:		
Sistema General de Pensiones:		
Sistema General de Riesgos Laborales:		
Profesión / Actividad:		
Dirección habitual:		
Email:		
3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO		
El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario ECUA/COL-04 autorizado para el período:		
Establiqued attendimente diado cata en posesión del formulario 2007/00/04 autorizado para el periodo.		
Desde Dominion A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
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:		









RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Se solicita que continúe sometido a la legislación de: Ecuador Colombia Durante el periodo: desde
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:
Dirección: Teléfono:Email:
Sello Fecha:
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:
Durante el periodo: desde
Sello Fecha:
Firma:







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

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

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

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

NOTA COLOMBIANA:

De conformidad con el principio de territorialidad establecido en la Ley 100 de 1993 y de conformidad con el Decreto 2710 de 2010, los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se prestarán únicamente en Colombia.

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

(A) AUTORIDADES COMPETENTES

(Artículo 5 Acuerdo)

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









RESOLUCIONES COMPILADAS

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

TEXTO CODIFICADO

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL	COL/ECUA-06	
ENTRE		
LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA		
EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN Artículo 14, apartado 1, literal i) y j) del Acuerdo		
1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR		
Apellido(s):		
Fecha de nacimiento:		
Número de identificación personal: Ecuador:		
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:		
Régimen contributivo de Salud: Sistema General de Pensiones:		
Sistema General de Riesgos Laborales:		
Dirección habitual:		
Email:		
2. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL		
Labora desde Labora desde en la misión diplomática u oficina cons	ular 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:	,,	
Lugar y fecha:		
Lugar y reuse.		
Firma:		
4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL T	rabajador	
Denominación:		
Dirección.:		
Declara que el trabajador está sometido a la legislación de:		
A partir de y mientras permanezca en esta situación.		
Sello Fecha:		











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

COL/ECUA-06

LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

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.
- 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
- 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 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.