

# CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL REINO DE ESPAÑA Y LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO  
Artículo 6.2 del Convenio y artículo 3.2 del Acuerdo Administrativo

## A cumplimentar por el empresario o el trabajador

### 1.- INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO <sup>(1)</sup> España México

Nombre o razón social: .....

Dirección: .....

.....

### 2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR Cuenta ajena Cuenta propia

Apellidos: ..... Nombre: .....

Nombre del padre: ..... Nombre de la madre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

Nº de Seguridad Social: ..... CURP/ DNI: .....

Dirección habitual: .....

.....

### 3.- DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario ESP/MEX.1 autorizado para el período :  
de ..... hasta ..... y expedido por la siguiente Institución :

Nombre: .....

Dirección: .....

Sigue desplazado o continua ejerciendo la actividad en el siguiente:

Centro de trabajo  o en el buque

Nombre o razón social: .....

Número de registro patronal de la empresa mexicana .....

Dirección: .....

Solicita continuar sometido a la legislación del país  España  México

durante el período del ..... al .....

### 4.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS REMITENTE

Nombre o razón social: .....

Dirección: .....

.....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**La Institución designada del país a cuya legislación está sometido el trabajador da su conformidad a la prórroga solicitada:**

Denominación: .....

Dirección: .....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**A cumplimentar por la Institución competente del país de destino**

**La institución designada del país de destino abajo firmante declara:**

estar de acuerdo     no estar de acuerdo

en que el trabajador mencionado en el punto 2 siga sometido a la legislación de la Seguridad Social del país

España                       México

Durante el período del ..... al .....

**INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO**     España     México

Denominación: .....

Dirección: .....

.....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**INSTRUCCIONES**

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

Una vez cumplimentado por el empresario o el trabajador 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, remitirá tres ejemplares a la Institución competente del país asegurador, conservando el cuarto para su constancia.

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

**(1) Instituciones competentes**

**En España:**

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

**En México:**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Asuntos Internacionales del IMSS  
C/ Reforma, 476 - 9º piso -Colonia Juárez-  
MEXICO DF C.P. 06600