

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

PRÓRROGA DE TRASLADO TEMPORAL
Artículo 7 del Convenio y artículo 5.2 del Acuerdo Administrativo

A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

1. INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)

Nombre: ... MINISTERIO DE TRABAJO.....
Dirección: Carrera 14 No.99 – 33 Bogotá – Colombia.....

2. DATOS DEL TRABAJADOR: CUENTA AJENA O DEPENDIENTE CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTE

Apellido(s): Nombre:
Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:
Número de identificación personal: España: (DNI) Colombia:
Nº de Seguridad Social en España:
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 ES-CO.3 autorizado para el periodo:
Desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

 y expedido por la siguiente Institución:

Nombre:
Dirección:

El trabajador sigue trasladado o continua ejerciendo la actividad en el siguiente centro de trabajo:
Nombre o razón social:
Dirección:

Teléfono: Email:

Nº de identificación: Para España: CCC NIF
Para Colombia: NIT:

Se solicita que continúe sometido a la legislación de: España Colombia
Durante el periodo: desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

4. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (para trabajadores por cuenta ajena 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 España: CCC NIF

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:

Sello Fecha:

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

Firma:

A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

5. LA INSTITUCIÓN Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

Denominación:.....

Dirección:

DECLARA: Estar de acuerdo no estar de acuerdo

En que el trabajador:

siga sometido a la legislación de la Seguridad Social de: España Colombia

Durante el periodo: desde

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

 hasta

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

Sello Fecha:

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

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse por cuadruplicado ejemplar en letra tipo imprenta.
 Una vez cumplimentado por el empleador o trabajador o por cuenta propia será enviado por la Institución y/o Autoridad Competente del país asegurador a la Institución y/o Autoridad Competente del país de empleo.
 Esta última Institución y/o Autoridad, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, devolverá tres ejemplares a la Institución y/o Autoridad 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 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) INSTITUCIONES Y/O AUTORIDADES COMPETENTES

En España, Institución Competente:
 TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
 Subdirección General de Afiliación, Cotización y
 Gestión del Sistema RED.
 C/ Astros, 5 y 7
 28007 MADRID

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