

Administración del Señor Lcdo. Lenín Moreno Garcés
Presidente Constitucional de la República del Ecuador
Martes, 13 de Junio de 2017 (R. O. 2SP 13, 13-junio-2017)

SEGUNDO SUPLEMENTO

INSTITUTO
ECUATORIANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN
Nº C.D. 551

REFÓRMESE LA
RESOLUCIÓN Nº 524 DE
23 DE MAYO DE 2016

CONTENIDO

No. CD. 551

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Considerando:

Que, el 11 de diciembre de 2012, en la ciudad de Tulcán – Ecuador, se suscribió el “Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador”;

Que, la Corte Constitucional declaró mediante Dictamen No. 030-13-DTI-CC de 5 de noviembre de 2013, que el “Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador”, mantiene conformidad con la Constitución de la República de Ecuador;

Que, el Pleno de la Asamblea Nacional en sesión de 20 de mayo de 2014, resolvió “APROBAR EL ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR”;

Que, el Econ. Rafael Correa Delgado, Presidente de la República del Ecuador, mediante Decreto Ejecutivo No. 345 de 4 de julio de 2014, ratificó el “Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República de Ecuador”; el cual fue publicado en el [Suplemento del Registro Oficial No. 273 de 23 de junio de 2014](#);

Que, mediante Nota Diplomática No. S-GTAJI14-064881 de 9 de septiembre de 2014, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia informa que el Acuerdo de Seguridad Social suscrito entre Ecuador y Colombia entró en vigor el 1 de agosto de 2014;

Que, el numeral 3 del artículo 9 del Acuerdo de Seguridad Social suscrito entre Ecuador y Colombia, determina que: “Así mismo los Organismos de Enlace podrán completar y perfeccionar los procedimientos administrativos establecidos en este Acuerdo para lograr una mejor aplicación del mismo.”;

Que, el Organismo de Enlace y de aplicación del Acuerdo de Seguridad Social entre las Repúblicas de Ecuador y Colombia en el Ecuador es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de conformidad a lo establecido en la letra b) del artículo 5 del referido Acuerdo;

Que, es necesario sistematizar, difundir y aplicar a nivel nacional las disposiciones del “Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador”;

Que, mediante Memorando No. IESS-DNAC-2016- 0456-M de 5 de mayo de 2016 y Memorando No. IESS DNAC-2018-0542 de 23 de mayo de 2016, la Directora de Afiliación y Cobertura remitió el proyecto de resolución enfatizando que el mismo contiene las disposiciones de aplicación interna del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador;

Que, mediante Memorando No. IESS-PG-2016-0782-M de 20 de mayo de 2016 el Procurador General del IESS concluyó que las disposiciones del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador son de obligatorio cumplimiento en el territorio ecuatoriano, siendo el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social el encargado, por mandato legal, de expedir las normas generalmente obligatorias para la ejecución de dichas disposiciones;

Que, mediante Resolución C.D. No. 524 de 2 de mayo de 2016, el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social expidió “LAS DISPOSICIONES DE APLICACIÓN INTERNA DEL ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR”, publicado en el Registro Oficial Suplemento N0. 851 de 29 de septiembre de 2016;

Que, mediante Memorando No. IESS-DNAC-2017- 0235-M de 7 de marzo de 2017, la doctora María Alexandra Harnisth, Directora de Afiliación y Cobertura, Encargada, solicitó a la Dirección General del IESS la modificación correspondiente al anexo de la Resolución No. C.D. 524 suscrita por el Consejo Directivo el 23 de mayo de 2016, misma que contienen el Acuerdo e Seguridad Social entre a República del Ecuador y la República de Colombia;

Que, con Memorando No. IESS-PG-2017-0651-M de 17 de abril de 2017, la Procuraduría General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, señaló que “Revisados los formularios remitidos, se constata que los mismos han sido revisados conjuntamente por la Delegación Ecuatoriana y la Delegación Colombiana, considerándose que los mismos no contravienen norma legal alguna por lo cual pueden ser conocidos por el Consejo Directivo del IESS”; y,

En ejercicio de las funciones y atribuciones que le confiere el artículo 27, literal c) y f) de la Ley de Seguridad Social y el artículo 4 del Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Consejo Directivo,

Resuelve:

Artículo 1.- Reformar la Disposición General Segunda de la Resolución No. 524 de 23 de mayo de 2016, por la siguiente:

"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 seguro acreditados	Artículos 11,16 y 21.
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 Temporal	Artículo 14.
COL/ECUA-05	Prórroga de Traslado Temporal	Artículo 14 apartado 1, literal b) y d); Artículo 15, apartado 2.
COL/ECUA-06	Ejercicio del Derecho de Opción	Artículo 14, apartado 1, literal i) y j).

Artículo 2.- Sustituir los anexos que contienen los formularios de implementación del Acuerdo de Seguridad Social entre la República de Colombia y la República del Ecuador constantes en la Resolución C.D. 524 de 23 de mayo de 2016 por los anexos constantes en esta Resolución.

DISPOSICIÓN FINAL.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

COMUNIQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a los 24 días del mes de abril del 2017.

f.) Richard Espinosa Guzmán, B.A. Presidente, Consejo Directivo.

f.) Ing. Felipe Pezo Zúñiga, Representante Empleadores.

f.) Dr. Luis Clavijo Romero, Representante Asegurados.

f.) Abg. Geovanna León Hinojosa, Directora General IESS, Secretaria del Consejo Directivo.

Certifico.- Que la presente Resolución fue aprobada por el Consejo Directivo del IESS en una única sesión celebrada el día lunes 24 de abril de 2017.

f.) Abg. Geovanna León Hinojosa, Directora General IESS, Secretaria del Consejo Directivo.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.- Es fiel copia del original.- Lo certifico.-

f.) Abg. David García S., Prosecretario, Consejo Directivo.

Certifico que es fiel copia del original.- f.) Ing. Patricio Prócel I., Subdirección Nacional de Gestión Documental del IESS.

Artículos 11, 16 y 21 del Acuerdo Administrativo.

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

N° de referencia en Ecuador:
N° de identificación en Colombia (6):

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

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

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

Institución de Ecuador.

Denominación:

Dirección: (1)

Sello:

Fecha:

Firma

Institución de Colombia

Denominación:

Dirección: (1)

Fecha:

Firma

INSTRUCCIONES.

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

NOTAS.

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

7. En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.

SOLICITUD

VEJEZ

INVALIDEZ

SUPERVIVENCIA

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

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo Administrativo

Nº de referencia en Ecuador:.....

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

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

1 Destinatario:

1.1. Denominación :.....

1.2. Dirección (1).....

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1. Primer apellido Segundo apellido Nombre

2.2. Apellidos de nacimiento (2)

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

2.4. Sexo: F M Nacionalidad (3)

2.5. Estado civil: (4) Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo

Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho: Día..... Mes..... Año.....

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

2.6. DNI/NIE (5)

Tipo de documento (C.C.C.E.P, T.I, R.C o NUIP) (6).....No. de documento.....
(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombia)

2.7. Domicilio habitual (1)

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

En Ecuador:

En Colombia:

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

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

2.11. El asegurado (7)

Ejerce una actividad asalariada una actividad independiente

No ejerce actividad laboral

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

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

Cuál?

Cotizante..... Beneficiario(s).....

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

2.15. El asegurado (7) percibe no percibe 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.....

Número de pagas al año

2.17. Correo electrónico: (17)

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

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

9.1. (8) Por totalización Sin totalización

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

Coefficiente prorata:

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

Sello:

Fecha:

.....
Firma del Funcionario

9.3. Entidad Gestora de Ecuador.

Denominación:

Dirección: (1)

Teléfono: Correo electrónico:

Sello:

Fecha:

.....
Firma

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

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

10.1. (7) Por totalización Sin totalización

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

Coefficiente prorata:

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

Fecha:

.....
Firma del Funcionario

10.3. Entidad Gestora de Colombiana.

Denominación:

Dirección: (1)

Teléfono: Correo electrónico:

Fecha:

.....
Firma

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

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
.....		
Documento de identidad (6) CC.....CE..... P.....TI..... No.		
Correo Electrónico:		

AUTORIZO A LA ENTIDAD GESTORA EN COLOMBIA A:

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

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

Mensual (18) o Trimestralmente (18)

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

Cual (19) _____ Cotizante _____ Beneficiario _____

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

Firma del Solicitante _____ Fecha DD _____ MM _____ AAAA _____

INSTRUCCIONES.

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

NOTAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación

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

3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) Si No

desde el:

Cese de la actividad o desvinculación laboral, el:

4. Examen Físico

4.1 Estado General (6)

Talla cm Peso kg

Estado de nutrición: bueno exceso de peso falta de peso

Membranas mucosas

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

Piel Estado mental y emocional

Comentarios:

4.2 Cabeza:

4.2.1 Visión

4.2.2 Oído

4.2.3 Otros órganos sensoriales.

4.2 Cuello (observaciones externas).

4.3.1 Examen de la glándula tiroides.

4.3.2 Ganglios linfáticos.

4.3.3 Otros.

4.4 Aparato respiratorio:

4.5 Sistema circulatorio

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

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

.....

.....

.....

4.13 Otras (alergias, etc)

.....

.....

.....

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

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

.....

.....

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

.....

.....

5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)

.....

.....

5.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)

.....

.....

5.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos X de hoy

.....

.....

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

.....

.....

5.4.3 Ecografía (abdomen y otros)

.....

.....

.....

<p>5.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5.5 Resultados de laboratorio Clínico</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5.6 Resultados de laboratorio Patológico</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5.7 Agudeza Visual: (con corrección óptica)</p> <p>Ojo Derecho _____</p> <p>Ojo Izquierdo _____</p> <p>Visión Binocular _____</p> <p>Campimetría _____</p>
<p>5.8 Oídos</p> <p>Audiometría vía ósea y aérea _____</p>
<p>5.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía - NC; Pruebas de monofilamento; Discriminación de dos puntos)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5.11 Otras pruebas</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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

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

7.3. Deficiencias Motivos de Valoración

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

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

8.1 Rol laboral LABORAL

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

8.2.OTRAS AREAS OCUPACIONALES – CIF OMS

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

8.2.1 – Categoría para el Aprendizaje y aplicación del conocimiento

8.2.2 – Categoría de la Comunicación

8.2.3 – Categoría de la Movilidad

8.2.4 – Categoría del cuidado personal

8.2.5. Categoría de la Vida Doméstica

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

- Dispositivos para la visión: Si ___ No ___ Por que? _____
- Dispositivos para el oído: Si ___ No ___ Por que? _____
- Dispositivos para la movilidad de MMSS: Si ___ No ___ Por que? _____
- Dispositivos para la movilidad de MMII: Si ___ No ___ Por que? _____

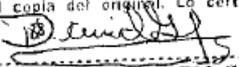
Dispositivos para otras funciones y estructuras corporales: Si -No ___ Por que _____-Especifique cuál (ISO 9999 de 2012

<p>• Dispositivos para la movilidad de MMII: Si ___ No ___ Por que? _____</p> <p>Dispositivos para otras funciones y estructuras corporales: Si ___ No ___ Por que _____ -Especifique cuál (ISO 9999 de 2012)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Aderencia al Tratamiento y Respuesta al Tratamiento</p> <p>.....</p>
<p>9. Comparación con el informe anterior (fecha Día..... Mes..... Año)(6)</p> <p>Mejora <input type="checkbox"/> Empeoramiento <input type="checkbox"/> Sin Cambios <input type="checkbox"/></p>
<p>10. ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? (6)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indíquese la fecha.....</p>
<p>11. REEXAMEN: (REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ)</p> <p>Antes del tercer año <input type="checkbox"/> A los 3 años <input type="checkbox"/> Fecha</p>

Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez

Sello

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
 Es fiel copia del original. Lo certifico



ABG. DAVID GARCÍA S.
 PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

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.

Dirección:

Teléfono: Email:

COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS ASEGURADOR

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

Denominación:

Dirección:

Declara que el trabajador:

Permanece sometido a la legislación de: Ecuador Colombia

Durante el periodo: desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá complementarse por triplicado ejemplar en letra tipo imprenta, en el supuesto de trabajadores, ecuatorianos o colombianos, que se desplacen al otro país por un periodo inferior a dos años.

La Institución Competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del empleador o trabajador por cuenta propia, remitiendo uno al solicitante y otro a la Institución Competente del país receptor.

Indicaciones para el empleador o trabajador:

Si el traslado o el desplazamiento se prolongan mas allá de los dos años inicialmente previstos, el empleador o el trabajador por cuenta propia deberán formular una solicitud de prórroga no superior a un año debidamente justificada ante la Institución Competente del país asegurador, con tres meses de antelación a la finalización del periodo autorizado.

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

AUTORIDADES COMPETENTES

(Artículo 5 Acuerdo)

En Ecuador:

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dirección:

Teléfono:

Email:

En Colombia:

MINISTERIO DE TRABAJO

Carrera 14 No. 99 - 33

Bogotá - Colombia

PBX: 489-3900 / 489-3100

www.mintrabajo.gov.co.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico

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

A COMPLEMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR ASALARIADO O INDEPENDIENTE

1. INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)

Nombre:

Dirección:

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

Apellido(s): Nombre:

Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:

Número de identificación personal: Ecuador Colombia:

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:

Régimen Contributivo de Salud:

Sistema General de Pensiones:

Sistema General de Riesgos Laborales:

Profesión / Actividad:

Dirección habitual:

Email:

3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

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

Desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

 pedido por la siguiente Institución:

Nombre:

Dirección:

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

Nombre o razón social:

Dirección:

Teléfono: Email:

Nº de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

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

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

4. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (para trabajadores asalariados o dependientes) O DE LA ACTIVIDAD AUTÓNOMA (para trabajadores por cuenta propia o independientes) DEL PAÍS ASEGURADOR

Nombre o razón social:

Ramo o actividad principal:

Nº de identificación: Para Ecuador:

Para Colombia: NIT:

Dirección:

Teléfono: Email:

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

COMPLEMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

5. LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO

Denominación:

Dirección:

DECLARA: Estar de acuerdo no estar de acuerdo

En que el trabajador:

Siga sometido a la legislación de la Seguridad Social de: Ecuador Colombia

Durante el periodo: desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 hasta

D	D	M	M	A	A	A	A

Sello

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

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:

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

EJERCICIO DEL DERECHO DE OPCIÓN
Artículo 14, apartado 1, literal i) y j) del Acuerdo

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR

Apellido(s): Nombre:
Fecha de nacimiento:

D	D	M	M	A	A	A	A

 Nacionalidad:
Número de identificación personal: Ecuador: Colombia:
Afilación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia:
Régimen contributivo de Salud: Sistema General de Pensiones:
Sistema General de Riesgos Laborales:
Dirección habitual:
Email:

2. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL

Labora desde

D	D	M	M	A	A	A	A

 en la misión diplomática u oficina consular que se cita a
Continuación.....
Dirección:.....
Teléfono: Email:
Ejerce la siguiente actividad: (1).....
O está al servicio privado de: (2)
Dirección:
Teléfono: Email:

3. DERECHO DE OPCIÓN (3)

El trabajador declara optar por la aplicación de la legislación de Seguridad Social de..... (4)
Conforme a lo establecido en el artículo: 14.1i) 14.1j) del Acuerdo.
Lugar y fecha:
Firma:

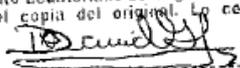
4. LA INSTITUCIÓN DESIGNADA DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR

Denominación:
Dirección:
Declara que el trabajador está sometido a la legislación de: Ecuador Colombia
A partir de

D	D	M	M	A	A	A	A

 y mientras permanezca en esta situación.

Sello

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico

ABG. DAVID GARCIA S.
SECRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A

Firma:

INSTRUCCIONES

El formulario deberá complementarse por triplicado ejemplar en caracteres de imprenta.

La Institución competente del país asegurador expedirá los formularios a petición del trabajador, remitiendo uno al solicitante y otro a la Institución Competente del país de empleo.

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

NOTAS

- (1) Indicar la actividad del interesado: administrativo, traductor, chofer etc.
- (2) Indicar nombres y apellidos del empleador
- (3) El derecho de opción sólo puede ser ejercido por los nacionales del país acreditante que no tengan la condición de funcionarios públicos. La opción deberá ser ejercida dentro de los tres primeros meses siguientes a la fecha de iniciación del trabajo
- (4) Indicar Ecuador o Colombia según proceda.

(5) 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

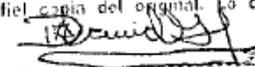
Carrera 14 No. 99 - 33

Bogotá – Colombia

PBX: 489-3900 / 489-3100

www.mintrabajo.gov.co

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico



ABG. DAVID GARCIA S.
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO


CERTIFICO QUE ES FIEL
COPIA DEL ORIGINAL
Ing. Patricia Procel V.
SUBDIRECCION NACIONAL DE GESTION DOCUMENTAL DEL IESS