INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSEJO DIRECTIVO

RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

EL CONSEJO DIRECTIVO
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que, la República del Ecuador y la República del Perú, el 26 de enero de 1978, suscribieron en la ciudad de Quito, el Convenio Iberoamericano de Seguridad Social;

Que, el 22 de julio de 2011, en la ciudad de Lima – Perú, se suscribió el *"Convenio de Seguridad Social entre la República del Ecuador y la República del Perú";*

Que, el Ministro de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración, Ricardo Patiño Aroca; y, el Ministro de Relaciones Exteriores, Rafael Roncagliolo Orbegoso, en representación de las Repúblicas de Ecuador y Perú, respectivamente, suscribieron el 29 de febrero de 2012, en la ciudad de Chiclayo – Perú, el Acuerdo Administrativo para la Aplicación del Convenio de Seguridad Social suscrito entre la República del Ecuador y la República del Perú;

Que, la Corte Constitucional, mediante Dictamen No 005-13-DTI-CC, del 5 de marzo de 2013, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 886 de 5 de febrero de 2013, resolvió que el ante dicho convenio requiere de aprobación legislativa;

Que, el Pleno de la Asamblea Nacional en sesión de 11 de julio de 2013, resolvió: "APROBAR EL CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL A SUSCRIBIRSE ENTRE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ";

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 63 de 5 de agosto de 2013, publicado en el Registro Oficial Nro. 63 de 21 de agosto de 2013, el Econ. Rafael Correa Delgado, Presidente de la República del Ecuador, resolvió en el artículo primero ratificar el Convenio de Seguridad Social entre la República del Ecuador y la República del Perú;

Que, mediante Decreto Supremo Nro. 004-2013-RE, publicado el 12 de enero de 2013, en el diario oficial El Peruano, el señor Ollanta Humala, Presidente de la República del Perú, ratificó el citado convenio; lo cual fue comunicado por la Embajada de Perú a la República del Ecuador mediante Nota Nro. 5-12-M/027 de 16 de enero de 2013.

Que, mediante Nota Nro. RE (DGT) No. 6/12/20, de 13 de febrero de 2015, la Embajada de Perú comunica al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, que mediante Decreto Supremo Nro. 066-2015-RE de 12 de febrero de 2015, el Gobierno de la República del Perú ha cumplido con los procedimientos legales internos necesarios para la entrada en vigor del referido Acuerdo.

Que, de conformidad con el artículo 17 del Acuerdo Administrativo de aplicación, su entrada en vigor se dará *" (...) el primer día del segundo mes siguiente al mes en que*

cada Parte Contratante haya recibido de la otra Parte notificación escrita de que se han cumplido todos los requisitos exigidos en su legislación para su entrada en vigor";

Que, el Organismo de Enlace del Convenio de Seguridad Social entre las Repúblicas de Ecuador y Perú, en el Ecuador es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social;

Que, es necesario sistematizar, difundir y aplicar a nivel nacional las disposiciones del Convenio de Seguridad Social entre Ecuador y Perú y de su Acuerdo Administrativo; y,

En uso de las facultades que le confiere el artículo 3 del Acuerdo Administrativo de aplicación del Convenio de Seguridad Social entre la República de Perú y la República del Ecuador y el literal c) del artículo 27 de la Ley de Seguridad Social,

R E S U E L V E:

EXPEDIR LAS DISPOSICIONES DE APLICACIÓN INTERNA DEL CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

Artículo 1.- La Dirección del Sistema de Pensiones será la responsable de otorgar las prestaciones de invalidez, vejez y muerte o sobrevivencia con sujeción a las disposiciones del Convenio de Seguridad Social entre la República del Ecuador y la República del Perú.

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

1. Informará sobre la aplicación del Convenio Ecuatoriano – Peruano de Seguridad Social en el Ecuador y entregará los formularios requeridos según corresponda.

2. Receptará las solicitudes de prestaciones en los formularios acordados conjuntamente con la documentación probatoria requerida y debidamente verificados y certificados, remitirá a los Organismos de Enlace Peruano.

3. Receptará los formularios y la documentación enviada por los Organismos de Enlace Peruano 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 Perú y de los afiliados peruanos a la República del Ecuador.

5. Notificará a quien corresponda, sobre las resoluciones e información del resultado de las prestaciones.

6. Informará a la Oficina de Enlace Peruano 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 Peruanas, la documentación relacionada con la aplicación del Convenio Ecuatoriano-Peruano sobre Seguridad Social.

8. Mantendrá un registro de los trámites al amparo del Convenio Ecuatoriano – Peruano; 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 Convenio Ecuatoriano – Peruano de Seguridad Social, desarrollando en su jurisdicción 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 la instrucción respectiva.

Artículo 4.- Las calificaciones de invalidez para aplicación del Convenio Ecuatoriano – Peruano, las realizarán en el Ecuador las Comisiones Provinciales de Valuación de Incapacidades que funcionan en la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- La Dirección General dispondrá a la Dirección del Sistema de Pensiones, a la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo, 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 Convenio con sujeción a lo que dispone el numeral 1 del artículo 13 del Acuerdo Administrativo, son los que se anexan a la presente Resolución y que constan en el siguiente cuadro resumen:

FORMULARIO	DENOMINACIÓN
ECU/PERÚ-1	FORMULARIO DE COMUNICACIÓN
ECU/PERÚ-2	FORMULARIO SOLICITUD DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN
ECU/PERÚ-3	INFORME MÉDICO DE INVALIDEZ/INCAPACIDAD
ECU/PERÚ-4	CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO
ECU/PERÚ-5	CERTIFICADO DE PERÍODOS DE SEGURO

ECU/PERÚ-6	CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA RENTA PARA PENSIONADOS Y/O JUBILADOS
ECU/PERÚ-7	CERTIFICADO DE PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

TERCERA.- La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, actuará como Organismo de Enlace Nacional de los demás Convenios Multilaterales y Bilaterales de Seguridad Social suscritos por la República del Ecuador, debiendo cumplir con las actividades señaladas en el artículo 2 de la presente Resolución.

CUARTA.- Las solicitudes de traslados o desplazamientos temporarios de los afiliados peruanos a la República del Ecuador y de los afiliados ecuatorianos a la República de Perú, facultados en el artículo 8 del Acuerdo Administrativo de aplicación del Convenio Ecuatoriano-Peruano; así como de los demás Convenios y Acuerdos de Seguridad Social suscritos por la República del Ecuador, serán resueltos por la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura.

QUINTA.- Las solicitudes de prórrogas de desplazamientos temporarios de los afiliados peruanos a la República del Ecuador y de los afiliados ecuatorianos a la República de Perú, facultados en el artículo 8 del Acuerdo Administrativo de aplicación del Convenio Ecuatoriano-Peruano; así como de los Convenios y Acuerdos de Seguridad Social suscritos por la República del Ecuador, serán resueltos por el Director General del IESS.

SEXTA.- 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 del Director General del IESS.

SÉPTIMA.- Las solicitudes de prórrogas de desplazamientos se autorizarán con sujeción a las disposiciones establecidas en los Convenios y Acuerdos Administrativos que se encontraren vigentes.

OCTAVA.- Una vez concluido, según el caso, el período establecido por los Convenios y Acuerdos de Seguridad Social 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 y de la Ley de Seguridad Social.

NOVENA.- Las solicitudes de prórroga de desplazamiento se recibirán en el IESS, siempre y cuando su presentación se realice dentro de los plazos determinados en cada uno de los Convenios o Acuerdos de Seguridad Social.

En el caso de que no se indique en los Convenios o Acuerdos e Seguridad Social, el plazo de la presentación de la solicitud de prórroga, se deberá presentar al menos treinta (30) días antes del inicio del período solicitado para la prórroga.

DÉCIMA.- 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 cada uno de los Convenios y Acuerdos de Seguridad Social, sin haber obtenido autorización de prórroga, se encuentren afiliados al IESS.

Las Direcciones Provinciales actuarán como organismos de enlace provincial respecto a los demás Convenios o Acuerdos de Seguridad Social, cumpliendo lo determinado en el artículo 3 de la presente Resolución.

DÉCIMA PRIMERA.- La Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura receptará las solicitudes de prestaciones de enfermedad y maternidad amparadas por el Convenio General de Seguridad Social entre Ecuador y España de 1 de abril de 1960 y el Convenio Adicional al Convenio de Seguridad Social Hispano Ecuatoriano de 8 de mayo de 1974, debiendo remitir la documentación receptada a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para la atención del trámite solicitado, realizando el seguimiento correspondiente.

DÉCIMA SEGUNDA.- 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 Convenio Ecuatoriano – Peruano, así como de las demás Convenios o Acuerdos de Seguridad Social.

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

DÉCIMA TERCERA.- La Dirección del Sistema de Pensiones será la responsable de otorgar las prestaciones de invalidez, vejez y muerte o sobrevivencia con sujeción a las disposiciones de los demás Convenios o Acuerdos de Seguridad Social suscritos por la República del Ecuador.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

PRIMERA.- Deróguense la Resolución Nro. C.D. 085 de 3 de enero de 2006 y la Resolución Nro. C.D. 340 de 23 de noviembre de 2010.

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 Convenio Ecuatoriano – Peruano, 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.

TERCERA.- En un plazo no mayor a noventa (90) días, las Direcciones de Seguros Especializados detalladas en la Disposición General Primera de la presente Resolución y la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, presentarán al Consejo Directivo, de manera conjunta un informe que contenga los procedimientos de aplicación y concesión de las prestaciones que dispone el Convenio de Seguridad Social Ecuatoriano – Peruano. Para el efecto, requerirá el apoyo correspondiente de la Dirección Actuarial.

DISPOSICIÓN FINAL

Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

COMUNÍQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a los 13 días del mes de noviembre de 2015.

Richard Espinosa Guzmán B.A.
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Luis Clavijo Romero
REPRESENTANTE ASEGURADOS

Camilo Torres Rites
DIRECTOR GENERAL IESS
SERCRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

Certifico.- Que la presente Resolución fue aprobada por el Consejo Directivo del IESS en Quito, D.M., a los 13 días del mes de noviembre de 2015.

Camilo Torres Rites
DIRECTOR GENERAL IESS
SECRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

ECU/PERÚ-1

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN

1.- INFORMACIÓN DEL/LA TRABAJADOR/A: ACTIVO/A ( ) CESANTE ( ) PENSIONADO/A ( ) FALLECIDO/A ( )

CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR

CÉDULA DE IDENTIDAD DE PERÚ

No. DE PASAPORTE EN ECUADOR

No. DE PASAPORTE EN PERÚ

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | GÉNERO | NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL

☐ CASADO/A ☐ SOLTERO/A ☐ VIUDO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ CONCUBINATO ☐ UNIÓN DE HECHO

2. INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCESO

SOLICITA	REMITE	
☐	☐	FORMULARIO ECU/PERÚ -2 (SOLICITUD DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN)
☐	☐	FORMULARIO ECU/PERÚ -3 (CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO)
☐	☐	FORMULARIO ECU/PERÚ -4 (CERTIFICADO DE PERÍODOS DE SEGURO)
☐	☐	FORMULARIO ECU/PERÚ- 5 (RENTA PARA PENSIONADOS Y/O JUBILADOS)
☐	☐	ANTECEDENTES MÉDICOS
☐	☐	INFORME MÉDICO DETALLADO
☐	☐	ANEXO DE PRÓRROGA AL FORMULARIO DE DESPLAZAMIENTO DE TRASLADO
☐	☐	COPIA DE RESOLUCIÓN
☐	☐	OTROS

COMUNICA:	FECHA (DD-MM-AAAA)
☐ CAMBIO DE DOMICILIO	
☐ CELEBRACIÓN DE MATRIMONIO	
☐ CONCUBINATO	
☐ UNIÓN DE HECHO	
☐ DIVORCIO	
☐ FALLECIMIENTO	

3. INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA SOLICITUD

DENOMINACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO RESPONSABLE

NOMBRE: _____

CARGO: _____

FECHA: _____

SELLO

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE ECUADOR Y LA REPUBLICA DEL PERU

ECU/PERU- 2

SOLICITUD DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN

LUGAR _____ FECHA DE SOLICITUD _____

TIPO DE PENSIÓN ☐ VEJEZ ☐ INVALIDEZ ☐ SOBREVIVIENTE

1.- INFORMACIÓN RELATIVA AL ASEGURADO

CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR _____ CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ _____

No. DE PASAPORTE EN ECUADOR _____ No. DE PASAPORTE EN PERÚ _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ GÉNERO _____ NACIONALIDAD _____

ESTADO CIVIL

☐ CASADO/A ☐ SOLTERO/A ☐ VIUDO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ CONCUBINATO ☐ UNIÓN DE HECHO

FECHA DE MATRIMONIO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____

FECHA DEL FALLECIMIENTO		LUGAR DEL FALLECIMIENTO		CAUSAS DEL FALLECIMIENTO	

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

E-mail:

2.- ANTECEDENTES DEL VIUDO – VIUDA/ CONCUBINATO O REPRESENTANTE LEGAL

GÉNERO ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE MATRIMONIO/ CONCUBINATO/ UNIÓN DE HECHO _____

CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE PERÚ _____ ☐ CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE EN ECUADOR _____ ☐

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País. Ciudad. Provincia o Estado. Urbanización. Calle. Sector. Avenida. Casa. o Apartamento. Nº. Código postal. E-mail. Teléfonos)

3.- DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

ECU/PERU- 2

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACIÓN DE PARENTESCO CON CAUSANTE	FECHA DE NACIMIENTO	CÉDULA DE IDENTIDAD Y/O PASAPORTE EN PERÚ O ECUADOR	GÉNERO	DEPENDIA ECONÓMICAMENTE DEL ASEGURADO	SE ENCUENTRA ESTUDIANDO	PERCIBE PENSIÓN	SUFRE DISCAPACIDAD	OBSERVACIONES
				M/F	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	

4.- ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR/A EN PERÚ

NOMBRE DEL EMPLEADOR/EMPRESA	NÚMERO PATRONAL (RUC)	DESDE AÑO/MES/DÍA	HASTA AÑO/MES/DÍA	RÉGIMEN DE CONTRIBUCIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	DÍAS COTIZADOS	APORTES PARA PENSIONES	NOMBRE DE LA AFP (DE SER EL CASO)	APORTES PARA SALUD

5.- ACTIVIDAD LABORAL DE /LA TRABAJADOR/A EN ECUADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR/EMPRESA	NÚMERO PATRONAL (RUC)	DESDE AÑO/MES/DÍA	HASTA AÑO/MES/DÍA	RÉGIMEN DE CONTRIBUCIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	DÍAS COTIZADOS

6.-DETERMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN A CARGO DE ECUADOR

CLASE DE PRESTACIÓN	FECHA DE EFECTOS	IMPORTE MENSUAL

POR TOTALIZACIÓN ☐ SEPARADA ☐

PORCENTAJE ☐

MOTIVOS POR LOS CUALES SE NIEGA LA PRESTACIÓN

D D M M A A A A

FIRMA DEL LIQUIDADOR: FECHA DE LIQUIDACIÓN:

7.-DETERMINACIÓN DE LA PRESTACIÓN A CARGO DE PERÚ

ECU/PERU- 2

CLASE DE PRESTACIÓN	FECHA DE EFECTOS	IMPORTE MENSUAL

POR TOTALIZACIÓN ☐ SIN TOTALIZACIÓN ☐

PORCENTAJE ☐

MOTIVOS POR LOS CUALES SE NIEGA LA PRESTACIÓN

8.- INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL BENEFICIO (EN ECUADOR)

ENTIDAD FINANCIERA	ECUADOR		PERÚ		DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA
NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA					
NÚMERO DE CUENTA O IBAN					
MONEDA	DOLARES		SOLES		
CÓDIGO SWIFT O ABA DE LA ENTIDAD FINANCIERA					PAÍS Y CIUDAD
NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA					

FIRMA DE/LA SOLICITANTE

9.- INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA SOLICITUD

DENOMINACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

Solicita a la Institución competente de la otra parte **Devuelva / No devuelva** ☐ ☐

_____

FIRMA DEL / LA FUNCIONARIO/A RESPONSABLE
NOMBRE:
CARGO:
FECHA: SELLO

10.- INSTITUCIÓN DE LA OTRA PARTE CONTRATANTE

DENOMINACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

Solicita a la Institución competente de la otra parte **Devuelva / No devuelva** ☐ ☐

_____

FIRMA DEL / LA FUNCIONARIO/A RESPONSABLE
NOMBRE:
CARGO:
FECHA: SELLO

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

ECU/PERÚ - 3

INFORME MÉDICO DE INVALIDEZ / INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD: ☐☐☐☐☐☐☐☐

D D M M A A A A

NÚMERO DE EXPEDIENTE: ☐

1.- ORGANISMO DE ENLACE DESTINATARIO

DENOMINACIÓN

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE

(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

2.- SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO ☐ **APELLIDO MATERNO** ☐ **NOMBRES** ☐

EDAD ☐ **NACIONALIDAD** ☐

GENERO:

☐ MASCULINO

☐ FEMENINO

ESTADO CIVIL:

- CASADO ☐
- SOLTERO ☐
- VIUDO ☐
- DIVORCIADO ☐
- CONCUBINATO ☐
- UNIÓN DE HECHO ☐

CÉDULA DE IDENTIDAD ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐

NÚMERO DE PASAPORTE ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐

ACTIVIDAD LABORAL: ☐

Descripción exacta de la actividad laboral que desempeña en la actualidad

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

E-mail:

FECHA: ☐☐☐☐☐☐☐☐

D D M M A A A A

ANAMNESIS

CONSULTAR Y ANOTAR TODAS LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES DEL AFILIADO, SU EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS EFECTUADOS, RESILTADOS Y COMPLICACIONES, PRONÓSTICO.
ESTABLECER ORIGEN PROFESIONAL DE LAS AFECCIONES.

Antecedentes Patológicos Personales:

Detallar cada uno de los diagnósticos ya establecidos, especificando el tratamiento que está recibiendo y desde que fecha.

Enfermedad Actual:

Molestias actuales del enfermo, comienzo de las mismas, evolución, tratamientos seguidos hasta el momento actual, incluir las valoraciones médicas realizadas por los especialistas.

ECU/PERÚ - 3

EXAMEN FISICO

EXAMEN FÍSICO GENERAL

PULSO	PRESION ARTERIAL	TALLA	PESO

TIPO CONSTITUCIONAL	ESTADO NUTRITIVO	ESTADO GENERAL

EDAD CRONOLÓGICA	EDAD FISIOLÓGICA

EXÁMEN FÍSICO SEGMENTARIO

CABEZA

CUELLO

TÓRAX

ABDOMEN

GENITALES

COLUMNA VERTEBRAL

EXTREMIDADES SUPERIORES

EXTREMIDADES INFERIORES

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

ECU/PERÚ - 3

INFORME MÉDICO Y EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN

(ORDENADOS POR APARATOS Y SISTEMAS CON SUS CONCLUSIONES Y RESULTADOS)

EXÁMENES REALIZADOS:

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

1.- DIAGNOSTICO CLÍNICO

Todos los diagnósticos colocados como principal la patología por la cual se le invalida

2.- ¿SE HA ESTABILIZADO EL ESTADO DEL RECONOCIDO? SI ☐ NO ☐

3.- LA CONTINUACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA PUEDE CONDUCIR A:

LA MEJORÍA CLÍNICA ☐ LA CURACIÓN ☐

4.- ESPECIFICAR EL TRATAMIENTO QUE PUEDE REALIZAR PARA LA CURACIÓN O LA MEJORÍA CLINICA Y POR CUANTO TIEMPO

5.- ¿LA INVALIDEZ ES TEMPORAL O PERMANENTE?

6.- ¿PUEDE CONTINUAR CON LA REALIZACIÓN DE SU ACTIVIDAD LABORAL?

SI ☐ **NO** ☐

7.- FECHA DE INICIO DE INVALIDEZ: DÍA/MES/AÑO

FECHA:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

ECU/PERÚ - 4

1.- ASEGURADO/A ☐ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN ECUADOR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN PERÚ

No. DE PASAPORTE EN ECUADOR

No. DE PASAPORTE EN PERÚ

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | GÉNERO | NACIONALIDAD

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

E-mail:

2.- EMPRESA DE ORIGEN (Si corresponde) O ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

RUC – PERÚ

RUC O DOCUMENTO DE IDENTIDAD – ECUADOR

DIRECCIÓN COMPLETA DEL/LA EMPLEADOR/A O DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA / TRABAJADOR INDEPENDIENTE

SELLO

FECHA Y FIRMA DEL RESPONSABLE

3.- PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

D D M M A A A A — DESDE

D D M M A A A A — HASTA

ECU/PERÚ - 4

4.- EMPRESA DE DESTINO (Si corresponde)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

RUC ECUADOR / No. PATRONAL PERÚ

DIRECCIÓN COMPLETA
(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA / TRABAJADOR INDEPENDIENTE

5.- ORGANISMO DE ENLACE (Este recuadro lo completa sólo el Organismo de Enlace)

EL / LA TRABAJADOR/A QUEDA SOMETIDO A LA LEGISLACIÓN DE:

ECUADOR
PERÚ

D D M M A A A A — DESDE

D D M M A A A A — HASTA

NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE

TELÉFONO

TELEFAX Y/O CORREO ELECTRONICO

FIRMA Y SELLO

D D M M A A A A — FECHA

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE
(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

NOTA:

(1) SE DEBE LLENAR EL CERTIFICADO A MÁQUINA O CON LETRA IMPRENTA

(2) EL PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO NO PODRÁ EXCEDER TRES MESES, PRORROGABLE SIEMPRE QUE LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS RECEPTOR BRINDE SU CONFORMIDAD.

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERU

CERTIFICADO DE PERÍODOS DE SEGURO

ECU/PERÚ - 5

1.- INFORMACIÓN RELATIVA AL TRABAJADOR

CÉDULA DE IDENTIDADEN ECUADOR

CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ

No. DE PASAPORTE EN ECUADOR

No. DE PASAPORTE EN PERÚ

GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO EDAD ☐

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

E-mail:

ECU/PERÚ - 5

2.- PERÍODOS DE SEGURO

PAÍS: ☐ PERÚ ☐ ECUADOR

3.- ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR EN LA REPÚBLICA DEL PERÚ

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO PATRONAL (RUC)	DESDE AÑO/MES/DÍA	HASTA AÑO/MES/DÍA	RÉGIMEN DE CONTRIBUCIÓN	DÍAS COTIZADOS	APORTES PARA PENSIONES	NOMBRE DE LA AFP DE SER EL CASO	APORTES PARA SALUD

4.- ACTIVIDAD LABORAL DEL/LA TRABAJADOR/A EN LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚMERO PATRONAL (RUC)	DESDE AÑO/MES/DÍA	HASTA AÑO/MES/DÍA	RÉGIMEN DE CONTRIBUCIÓN	DÍAS COTIZADOS

5.- INSTITUCIÓN QUE ACREDITA LOS PERÍODOS DE SEGURO

_____

NOMBRE

_____

DIRECCIÓN

D	D	M	M	A	A	A	A

FECHA

_____

FIRMA DEL/LA FUNCIONARIO/A RESPONSABLE

NOMBRE: _____

CARGO: _____

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA RENTA PARA PENSIONADOS Y/O JUBILADOS

ECU/PERÚ - 6

FECHA DE LA SOLICITUD

1.- TITULAR DE LA PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN

CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR

CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ

No. DE PASAPORTE EN ECUADOR

No. DE PASAPORTE EN PERÚ

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GÉNERO

NACIONALIDAD

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

E-mail:

TIPO DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN

☐ VEJEZ ☐ INVALIDEZ ☐ SOBREVIVENCIA

FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA PENSIÓN:

NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO:

MONTO DE LA PENSIÓN A LA FECHA DE ESTE CERTIFICADO:

2.- ORGANISMO DE ENLACE

NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE

(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

FECHA

FIRMA DEL FUNCIONARIO/ A RESPONSABLE

NOMBRE:

CARGO:

SELLO

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE ECUADOR Y LA REPÚBLICA DEL PERÚ

ECU/PERÚ - 7

CERTIFICADO DE PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

1.- ASEGURADO/A ☐ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN ECUADOR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN PERÚ

NÚMERO DE PASAPORTE – ECUADOR

NÚMERO DE PASAPORTE - PERÚ

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

D D M M A A A A

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GÉNERO

NACIONALIDAD

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

(País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)

2.- EMPRESA DE ORIGEN (Si corresponde) O ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

RUC – PERÚ

RUC O DOCUMENTO DE IDENTIDAD – ECUADOR

DIRECCIÓN COMPLETA DEL/LA EMPLEADOR/A O DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA / O DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

3.- PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO Y SOLICITUD DE PRÓRROGA

EL TRABAJADOR CITADO EN EL PUNTO 1 FUE TRASLADADO DENTRO DEL PERÍODO COMPRENDIDO

ENTRE EL: D D M M A A A A Y EL: D D M M A A A A

POR LO TANTO SE SOLICITA LA PRÓRROGA DE LA SUJECIÓN DEL MISMO A LA LEGISLACIÓN DE:

☐ ECUADOR ☐ PERÚ

PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL: D D M M A A A A Y EL: D D M M A A A A

ECU/PERÚ - 7

4. EMPRESA DE DESTINO A LA QUE EL TRABAJADOR FUE TRASLADADO (Si corresponde)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

No. PATRONAL – PERÚ

RUC – ECUADOR

DIRECCIÓN COMPLETA DEL/LA EMPLEADOR/A
(Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)

SELLO

FECHA Y FIRMA

4.- LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAÍS A CUYA LEGISLACIÓN ESTÁ SOMETIDO EL TRABAJADOR (PAÍS DE ORIGEN)

NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE

DECLARA QUE EL ASEGURADO/A _____
PERMANECE SUJETO A LA LEGISTACIÓN DEL PAÍS:

☐ ECUADOR ☐ PERÚ

PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL: D D M M A A A A Y EL D D M M A A A A

D D M M A A A A
FECHA

FIRMA Y SELLO/TIMBRE

5.- LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL PAIS DE DESTINO

NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE

DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE

DECLARA ☐ ESTAR DE ACUERDO ☐ NO ESTAR DE ACUERDO
EN QUE EL ASEGURADO/A PRECEDENTEMENTE NOMBRADO/A PERMANEZCA SUJETO A LA LEGISTACIÓN DEL PAÍS:

☐ ECUADOR ☐ PERÚ

PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL: D D M M A A A A Y EL D D M M A A A A

D D M M A A A A
FECHA

FIRMA Y SELLO/TIMBRE