



# 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



# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## CONSEJO DIRECTIVO

### RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

*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,

### RESUELVE:

#### **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.



# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## CONSEJO DIRECTIVO

### RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

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



# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## CONSEJO DIRECTIVO

### RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

ECU/PERU-6	CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA RENTA PARA PENSIONADOS Y/O JUBILADOS
ECU/PERU-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 de 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.



# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## CONSEJO DIRECTIVO

### RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

**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 receptorá 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 receptorá 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.



# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## CONSEJO DIRECTIVO

### RESOLUCIÓN No. C.D. 0500

**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**  
**SECRETARIO 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 ( )

<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR		<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD DE PERÚ	
<input type="text"/> No. DE PASAPORTE EN ECUADOR		<input type="text"/> No. DE PASAPORTE EN PERÚ	
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO D D M M A A A A	<input type="text"/> APELLIDO MATERNO	<input type="text"/> NOMBRES	
<input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> EDAD	<input type="text"/> GÉNERO	<input type="text"/> NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A	<input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> CONCUBINATO <input type="checkbox"/> UNIÓN DE HECHO

2. INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCESO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO ECU/PERÚ -2 (SOLICITUD DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO ECU/PERÚ -3 (CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO ECU/PERÚ -4 (CERTIFICADO DE PERÍODOS DE SEGURO)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO ECU/PERÚ- 5 (RENTA PARA PENSIONADOS Y/O JUBILADOS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES MÉDICOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFORME MÉDICO DETALLADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEXO DE PRÓRROGA AL FORMULARIO DE DESPLAZAMIENTO DE TRASLADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPIA DE RESOLUCIÓN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS
COMUNICA:		FECHA (DD-MM-AAAA)
<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	CELEBRACIÓN DE MATRIMONIO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	CONCUBINATO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	UNIÓN DE HECHO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	DIVORCIO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO	<input type="text"/>

3. INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LA SOLICITUD

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DE FUNCIONARIO RESPONSABLE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SELLO

SOLICITUD DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN

ECU/PERU- 2

LUGAR

FECHA DE SOLICITUD

TIPO DE PENSIÓN  VEJEZ  INVALIDEZ  SOBREVIVIENTE

1.- INFORMACIÓN RELATIVA AL ASEGURADO

<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR		<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ	
<input type="text"/> No. DE PASAPORTE EN ECUADOR		<input type="text"/> No. DE PASAPORTE EN PERÚ	
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO D D M M A A A A	<input type="text"/> APELLIDO MATERNO	<input type="text"/> NOMBRES	
<input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> LUGAR DE NACIMIENTO	<input type="text"/> EDAD	<input type="text"/> GÉNERO
<input type="text"/> NACIONALIDAD			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A	<input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A
<input type="checkbox"/> CONCUBINATO		<input type="checkbox"/> UNIÓN DE HECHO	
FECHA DE MATRIMONIO <input type="text"/>			
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 <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO	<input type="text"/> APELLIDO MATERNO
<input type="text"/> NOMBRES	
<input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> FECHA DE MATRIMONIO/ CONCUBINATO/ UNIÓN DE HECHO
<input type="text"/> CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE PERÚ	<input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/>	SEPARADA <input type="checkbox"/>	
PORCENTAJE <input type="text"/>		
MOTIVOS POR LOS CUALES SE NIEGA LA PRESTACIÓN		
FIRMA DEL LIQUIDADOR:		D D M M A A A A 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 <input type="checkbox"/> PORCENTAJE <input type="text"/> MOTIVOS POR LOS CUALES SE NIEGA LA PRESTACIÓN	SIN TOTALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL / LA FUNCIONARIO/A RESPONSABLE NOMBRE: CARGO: FECHA:	SELLO

**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

ESTADO CIVIL:

CASADO  
SOLTERO  
VIUDO  
DIVORCIADO  
CONCUBINATO  
UNIÓN DE HECHO

GENERO:


MASCULINO  
FEMENINO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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





**ABDOMEN**

---

---

---

---

---

---

---

---

**GENITALES**

---

---

---

---

---

---

---

---

**COLUMNA VERTEBRAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

**EXTREMIDADES SUPERIORES**

---

---

---

---

---

---

---

---

**EXTREMIDADES INFERIORES**

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>INFORME MÉDICO Y EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN</b>	
(ORDENADOS POR APARATOS Y SISTEMAS CON SUS CONCLUSIONES Y RESULTADOS)	
<b>EXÁMENES REALIZADOS:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ</b>	
<b>1.- DIAGNOSTICO CLÍNICO</b> Todos los diagnósticos colocados como principal la patología por la cual se le invalida <hr/> <hr/>	
<b>2.- ¿SE HA ESTABILIZADO EL ESTADO DEL RECONOCIDO?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>3.- LA CONTINUACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA PUEDE CONDUCIR A:</b> <hr/> LA MEJORÍA CLÍNICA <input type="checkbox"/> LA CURACIÓN <input type="checkbox"/>	
<b>4.- ESPECIFICAR EL TRATAMIENTO QUE PUEDE REALIZAR PARA LA CURACIÓN O LA MEJORÍA CLÍNICA Y POR CUANTO TIEMPO</b> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>5.- ¿LA INVALIDEZ ES TEMPORAL O PERMANENTE?</b> <hr/> <hr/>	
<b>6.- ¿PUEDE CONTINUAR CON LA REALIZACIÓN DE SU ACTIVIDAD LABORAL?</b> <hr/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>7.- FECHA DE INICIO DE INVALIDEZ: DÍA/MES/AÑO</b>  FECHA: <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	
<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> <b>NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b>	

**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**

<p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>NOMBRE</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>DIRECCIÓN</b></p> <p style="text-align: center;">             D   D   M   M   A   A   A   A  <input type="text"/> </p> <p style="text-align: center;"><b>FECHA</b></p> <p>_____</p> <p><b>FIRMA DEL/LA FUNCIONARIO/A RESPONSABLE</b></p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>CARGO: _____</p>	
---	--

[Empty box for date of application]

FECHA DE LA SOLICITUD

1.- TITULAR DE LA PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN

[Empty box]		[Empty box]	
CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR		CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ	
[Empty box]		[Empty box]	
No. DE PASAPORTE EN ECUADOR		No. DE PASAPORTE EN PERÚ	
[Empty box]	[Empty box]	[Empty box]	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
D D M M A A A A			
[Empty box]	[Empty box]	[Empty box]	[Empty box]
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO	NACIONALIDAD
_____ _____ _____			
<b>DIRECCIÓN DOMICILIARIA</b> (País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, Nº, Código postal, E-mail, Teléfonos)			
E-mail: _____			
<b>TIPO DE PENSIÓN Y/O JUBILACIÓN</b>			
<input type="checkbox"/> VEJEZ	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> SOBREVIVENCIA	
FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA PENSIÓN:	[Empty box]		
NÚMERO DE RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO:	[Empty box]		
MONTO DE LA PENSIÓN A LA FECHA DE ESTE CERTIFICADO:	[Empty box]		

2.- ORGANISMO DE ENLACE

_____ <b>NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE</b> _____ _____	
<b>DIRECCIÓN DEL ORGANISMO DE ENLACE</b> (Calle, Número, Barrio, Ciudad, País, Código postal, E-mail, Teléfono)	
[Empty box]	
<b>FECHA</b>	
FIRMA DEL FUNCIONARIO/ A RESPONSABLE	
NOMBRE: _____	
CARGO: _____	<b>SELLO</b>

CERTIFICADO DE PRÓRROGA DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

ECU/PERÚ - 7

1.- ASEGURADO/A

DEPENDIENTE

INDEPENDIENTE

<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN ECUADOR	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN PERÚ		
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> NÚMERO DE PASAPORTE – ECUADOR	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> NÚMERO DE PASAPORTE - PERÚ		
APELLIDO PATERNO D D M M A A A A <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	APELLIDO MATERNO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NOMBRES <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	EDAD <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	GÉNERO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NACIONALIDAD <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
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 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> RUC – PERÚ	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/> 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 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

3.- PERÍODO DE DESPLAZAMIENTO Y SOLICITUD DE PRÓRROGA

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

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

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

ECUADOR                       PERÚ

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

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

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**

<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">No. PATRONAL – PERÚ</p>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">RUC – ECUADOR</p>																				

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SELLOFECHA 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: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Y EL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D D M M A A A AD 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: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Y EL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D D M M A A A AD D M M A A A A

D D M M A A A A  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO/TIMBRE

CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO O TRASLADO

ECU/PERÚ - 4

1.- ASEGURADO/A

DEPENDIENTE

INDEPENDIENTE

<input style="width: 100%;" type="text"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN ECUADOR		<input style="width: 100%;" type="text"/> DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN PERÚ											
<input style="width: 100%;" type="text"/> No. DE PASAPORTE EN ECUADOR		<input style="width: 100%;" type="text"/> No. DE PASAPORTE EN PERÚ											
<input style="width: 100%;" type="text"/> APELLIDO PATERNO D D M M A A A A	<input style="width: 100%;" type="text"/> APELLIDO MATERNO	<input style="width: 100%;" type="text"/> NOMBRES											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> FECHA DE NACIMIENTO											<input style="width: 100%;" type="text"/> EDAD	<input style="width: 100%;" type="text"/> GÉNERO	<input style="width: 100%;" type="text"/> 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																																								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> RUC - PERÚ																				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> 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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> DESDE											D D M M A A A A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> HASTA										

**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:**

D D M M A A A A	D D M M A A A A	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>																		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>DESDE</b></p>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>HASTA</b></p>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p><b>ECUADOR</b> <b>PERÚ</b></p>		

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ORGANISMO DE ENLACE**

<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table> <p><b>TELÉFONO</b></p>		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table> <p><b>TELEFAX Y/O CORREO ELECTRONICO</b></p>	

D D M M A A A A

<p>_____</p> <p><b>FIRMA Y SELLO</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p><b>FECHA</b></p>								

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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.

1.- INFORMACIÓN RELATIVA AL TRABAJADOR

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CÉDULA DE IDENTIDAD EN ECUADOR	CÉDULA DE IDENTIDAD EN PERÚ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No. DE PASAPORTE EN ECUADOR	No. DE PASAPORTE EN PERÚ		
<input type="checkbox"/> GÉNERO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="text"/> EDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE	<input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE	<input type="text"/>		
D D M M A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
<hr/> <hr/> <hr/>			
<b>DIRECCIÓN DOMICILIARIA</b> (País, Ciudad, Provincia o Estado, Urbanización, Calle, Sector, Avenida, Casa, o Apartamento, N°, Código postal, E-mail, Teléfonos)			
E-mail:	<input type="text"/>		