

ARG-COL/03
COL-ARG/03

**ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ARGENTINA Y
COLOMBIA.**

(Artículo 4 del Acuerdo Administrativo)

Fecha de Presentación: DD ____ MM ____ AAAA ____
--

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traslado Temporario Inicial | <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente |
| <input type="checkbox"/> Prorroga de Traslado temporario | <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo/ independiente |
| <input type="checkbox"/> Traslado de excepción (Art.4.2 del Acuerdo) | |
| <input type="checkbox"/> Opción prevista por el Art. 4 Inc. g del Acuerdo | |

Número de Expediente en Argentina:
Nº de Documento de Identificación en Colombia:

1.	INFORMACIÓN RELATIVA AL TRABAJADOR
1.1	Primer Apellido Segundo Apellido
1.2.	Nombre/s.....
1.3.	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nacionalidad.....
1.4	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente
1.5	Fecha de Nacimiento: DD/MM...../AAAA Lugar de Nacimiento (2):
1.6	Dirección del Trabajador (1): - En el país de afiliación..... - En el país de traslado
1.7	<u>Profesión o actividad</u>
1.8	Tipo y Nº de Documento en Colombia (C.C, C.E, T.I, R.C, o NUIP)..... DNI en Argentina.....Ejemplar A/B/C.....
1.9	Obra Social: (solo para Argentina)
1.10	AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA
	- Régimen Contributivo de Salud:
	- Sistema General de Pensiones:
	- Sistema General de Riesgos Laborales:

2. INFORMACIÓN RELATIVA A LOS DERECHOHABIENTES QUE LO ACOMPAÑAN						
	Apellido/s	Nombres	Número de Identificación *	Fecha de Nac.	Tipo de Parentesco	Observaciones
2.1						
2.2						
2.3						
2.4						
2.5						

*DNI EN (ARGENTINA); EN COLOMBIA NUMERO Y TIPO DE DOCUMENTO (C.C, C.E, P, T.I, R.C, o NUIP)

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA / ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO/ INDEPENDIENTE EN EL PAÍS DE ORIGEN	
3.	<input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD AUTONOMA/ INDEPENDIENTE
3.1	Nombre o razón social
3.2	Número de identificación: Para Argentina CUIT: Para Colombia NIT:.....
3.3	Actividad:
3.4	Dirección: (1)..... Teléfono: E Mail:

4. INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	
EL TRABAJADOR/A AQUÍ MENCIONADO Se desplazara temporalmente durante el periodo	
Del: DD/MM...../AAAA..... Hasta: DD/MM...../AAAA.....	
En el siguiente <u>lugar de trabajo</u> :	
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Nombre o razón social</u>..... - <u>Número de identificación: Para Argentina CUIT</u>..... - <u>Para Colombia NIT:</u> - <u>Dirección (1)</u>..... - <u>Teléfono</u>..... <u>E-mail</u>..... - <u>Actividad Principal</u>..... 	
Donde realizara el trabajo descripto a continuación:	

5. LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DESIGNADA A CONTINUACIÓN

Denominación.....

Dirección.....

Acredita por el presente certificado que:

El Sr. / Sra.....

Continuará sometido/a la legislación de Seguridad Social

Argentina Colombiana

Desde: DD.....MM.....AAA..... Hasta...DD.....MM.....AAA.....

En el marco de:

Traslado temporario inicial **Prorroga de traslado temporario**

Excepciones **Art. 4 Inc. g del Acuerdo**

Da fe igualmente de que:

Para el trabajador trasladado de Colombia hacia Argentina, De conformidad con el principio de territorialidad establecido en la Ley 100 de 1993 y de acuerdo con el Decreto 2710 de 2010, los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se prestarán únicamente en Colombia. Para los beneficiarios del cotizante que residan en Colombia se seguirá prestando en las condiciones establecidas por la legislación colombiana.

Asimismo, bajo la legislación argentina, las prestaciones de salud no están cubiertas para los trabajadores desplazados a Argentina por lo que deben contar con una cobertura para el trabajador y quienes lo acompañan.

Para el trabajador trasladado de Argentina hacia Colombia que han sido presentadas y adjuntadas las pruebas de la suscripción de un seguro que garantice al trabajador trasladado y a sus derechohabientes que lo acompañan, la cobertura del conjunto de los gastos médicos, incluyendo los gastos de hospitalización durante el periodo antes mencionado, como así también las pruebas correspondientes a los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del trabajador dependiente.

En a los

Firma del representante del organismo (nombre cargo y sello)

INSTRUCCIONES

1. Para Argentina, indicar: Calle, número, código postal, localidad, provincia, país.
Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
2. Para Argentina, indicar: Localidad, Provincia, País.
Para Colombia, indicar: Ciudad, Departamento, País.

El formulario deberá ser diligenciado por el Organismo de Enlace a solicitud de la empresa o el trabajador autónomo/ independiente, **y en caso de prórroga por la Autoridad Competente designada**, por **quintuplicado** y cada ejemplar debe llenarse en caracteres de imprenta.

La Empresa o el trabajador autónomo deberán presentar la solicitud ante el Organismo de Enlace del Estado donde ésta tiene su sede o reside el trabajador autónomo/ independiente con 30 días de antelación mínima