

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA
REPUBLICA DEL PERU Y CANADA**

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
CANADA AND THE REPUBLIC OF PERU**

**CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO PARA LA ACREDITACION DEL PERIODO DE SUJECION A LA NORMATIVIDAD
NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

CERTIFICATE OF COVERAGE

**1. INFORMACION DEL TRABAJADOR
INFORMATION ABOUT THE WORKER**

<input type="checkbox"/>	Por cuenta ajena / Employed Person	<input type="checkbox"/>	Por cuenta propia / Self Employed
Apellido(s) / Surname:			
Nombre(s) / Name:			
Fecha de Nacimiento / Date of Birth:		Nacionalidad / Citizenship:	
DNI / Identity Card Number:			
Dirección / Address:			
Teléfono / Telephone number:			

**2. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD AUTONOMA DEL PAIS REMITENTE
INFORMATION ABOUT THE EMPLOYER**

Nombre o Razón Social / Name of the Employer in Peru:
RUC / Employer Account in Peru:
Dirección en Perú / Address in Peru:

**3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO
DETACHMENT**

Fecha Inicial del Desplazamiento / Initial Detachment:
Periodo que se solicita de / From: Hasta / To:
El trabajador va a ejercer la actividad profesional en el siguiente centro de trabajo / The worker will pursue the professional activity in the following workplace:
Nombre o razón social en Canadá / Name of Employer in Canada:
Dirección en Canadá / Address in Canada:

DATOS A SER COMPLETADOS POR LA INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS ASEGURADOR:
DATA TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION OF THE COUNTRY INSURER:

El trabajador queda sometido a la legislación del país:.....
The worker is subject to the legislation of the country

En virtud al artículo:.....
Pursuant to article

Del Convenio:
Of the Agreement of Social Security between

4. INSTITUCION COMPETENTE DEL PAIS A CUYA LEGISLACION ESTA SOMETIDO EL TRABAJADOR:
COMPETENT INSTITUTION OF THE COUNTRY WHOSE LEGISLATION IS SUBJECT TO WORKER:

.....

Denomination / Name of the Competent Institution:

Direccion / Address:.....

Fecha / Date:.....

Sello y Firma / Seal and Signature: