

Un producto de







Guía de Usuario Software ALISSTA TECNICAS® Positiva Compañía de Seguros S.A. Versión 1.0

ALISSTA Gestión a Tu Alcance, es una marca registrada de Positiva Compañía de Seguros S.A.

Todos los derechos reservados de Positiva Compañía de Seguros S.A. Se prohíbe la reproducción o copia total o parcial de este material sin expresa autorización.

Se prohíbe la venta de este material; ya que es un documento técnico educativo realizado para las empresas afiliadas a Positiva Compañía de Seguros.





Contenido

1. Introducción	4
2. Ingreso al Sistema	4
3. Barra de herramientas y botones	
4. Menú Principal	
4.1 Prestaciones Económicas	
4.1.1. Auxilio Funerario	10
4.1.2 Pensiones	
4.1.3 Incapacidad Permanente Parcial	
4.1.4 Incapacidad Temporal	
4.2 Consulta tramites indemnización	
4.2 Siniestros	
4.2.1 Reporte de AT	
4.1.3 Reporte de EL	
4.1.3 Consulta Siniestros	47





1. Introducción

El objetivo principal del manual es contener la información relacionada con los módulos funcionales del sistema, las convenciones y demás aspectos que requiere el usuario final para que pueda conocer, aprender y administrar el aplicativo de manera óptima.

2. Ingreso al Sistema

El sistema puede ser usado por sus usuarios en los navegadores Google Chrome y Mozilla Firefox.

El usuario ingresa al sistema a través de la URL Alissta.gov.co/PortalWeb e inicia sesión ingresando:

Número de identificación del usuario (Cédula del usuario registrado) y Clave de acceso asignada al mismo para acceder al sistema.

	Control de Acce	so - Positiva SUM	
Desc	le aquí podrá realizar sus tramites c	como trabajador independiente o terco	eros
	Documents	a de Usuario	
)	
	Ingress so	Contraneña	
	₹	٠	
			9
~	Ingr	resar	

 a. El usuario tiene la opción de registrarse en el sistema, debe dar clic al enlace "Registrarse" y diligenciar el formulario llamado "Registro del solicitante".



A server of states A server of states A server of			egittro de solicitante		
		- 10-10-10-10 Uscario 🤤	*Hondeney) del Visarre:	* Ameliances del Uncome	
Name Note:	Derrete		· Cardina Carno Bactorian		
and and and and a set of the set		-Verage	· Dresslin		
		And the second set of the			
	WY TREMWAR Y CHICK COM				
	ar Talamento de la Velonación	Acagos finitara de Tratami	ento de la reformación		
	-	1			
en par la selen entreprisede al garante se regular de rectal de la selecter à tractate de construit de a parente en seremente en que la parte se regular de regular de construit de la selecter a nomente de ingresse aux que unité pa las au auture regarantes para la partite de themas con Patiente ARL en misicade a las partiticames econômicas par bace de cire esta opaixe.		0			
er neuwents es que se puede se regarise se evilat una companya la la cual anexes antipanya. In puede se puede se puede se puede se contracte pued	n par in mérepeninte algèrera a spécie de re	CAPTUR actual an instance in particular de conserver en ac	name.		
ano que united go less un anauro registrado para la gestión de titinites con Pistólica ARL en inidiade a las pretisciones econômicas por titico de cito entro opción.	mumento en que se guarde su registro, se enviari	a una companeita lempotal, la cuia medera actualizar ar	momento de ingresas		
and que unité pa las un unumo registrado para la gentión de titerates con Posicios ARL en relación a las prestaciones econômicas par boor de cito en esta opolitis.	•	eqta ((ande		
	no que unhad ya bea un unuario registitudo para la	gestión de tránsites con Positiva ARL en relación a las	prestaciones econòmicas por taxor de cilic en esta opoide.		
			0		

- 1. Seleccione el tipo de identificación.
- 2. Digite el número de identificación.
- 3. Clic en la lupa para que el sistema muestre el nombre y apellidos del usuario a registrar. Todos los campos con (*) son obligatorios.
- 4. Clic al capcha "No soy un robot".
- 5. Clic en SI para continuar el proceso.
- 6. Clic en el botón "Registrar" el sistema enviará un mensaje al correo indicado con la contraseña.
- 7. Botón "Ingresar" para volver a la pantalla de inicio (opcional).







Una vez registrado y después de haber colocado las credenciales por primera vez en la pantalla de inicio e ingresar al sistema aparecerá el siguiente mensaje:

	Camular Gives do Accesto	
legenne su turci i stationelle.	La contraseña debe cumplir las si condiciones:	guientes
Confirme au nun-a contrabatur		
Acapta his Terminan y Cantilizary	\bigcirc	
	Atención	
	Estimado Usuario la contraseña se ha vencido, por favor cambiela	
	(Channel)	

El usuario debe digitar la nueva contraseña, confirmarla, aceptar los términos y condiciones y finalmente dar clic al botón "Cambiar" para finalizar el proceso, el sistema lo direccionará a la pantalla de inicio.

	Recorder Contrevels	
	Le contraseña debe cumplir las siguientes condiciones	
(B)	 Use regulations by 11 caleboard 	
	 A remoti ni cence contenti i 1 (pperi) A remoti ni cence contenti i 1 (pperi) 	
	a. At treatment and artist conjugation.	
The International Conditioner	5 At Testam an Subtranc	
Bidospo so revisio a Caldosea	6	
0	Y	

b. En caso de ya estar registrado debe digitar las credenciales y dar clic al botón "Ingresar". Una vez se ingresa al portal se mostrará el siguiente menú principal:

	Ito Expension		
-	krationes	Indemetización Por Incapacidad Permanente Parcial	
	Comulta Inoret	es Indemetación	





SINIESTROS

Reporte A?		Reporte EL	
	Consulta Siniestros		

- c. En caso de olvidar la contraseña, el usuario puede solicitar el cambio de la misma a través del enlace "Recordar contraseña", donde encontrará tres campos.
 - 1. Campo desplegable para seleccionar el tipo de identificación del usuario.
 - 2. Digitar el número de identificación.
 - 3. Dar clic en la lupa para que se habilite el botón "Enviar PIN".
 - 4. Dar clic al botón "Enviar PIN" para que el sistema envíe un código al correo electrónico registrado en el sistema.

And the second s	and the second	Ŷ	exandar Clave V Senthasian manu Tystitizi	Ŷ	- 3
Loss re	en di Londa Maaria A 12 oktobre da	9	• monta	9	- 9
Loss W.	AND CONTRACTOR	× .	 missa 	•	
			initiaes.		
Long res.					
			The second se		
			8.41950		
		-	the state of the s		
			ADD THE LITTLE		
791.00	and a stand of the same		Witness Concession, Discourse		
			*		
		-			
				1	
			U.		
		To be	and the second se		
The are provided C		ESCH	nado Usuario		
A CONTRACTOR OF THE OWNER OWNER OF THE OWNER OWNE		A su Correo Electr	Gnico: d"""Tab@ada.o	0	
Name of all of the same same of the same	station surpline at the second second	se as privilo-un Priv	para restablecer la commisien		
			Angle		
				anna al	
				and the second s	





- 5. Digitar el PIN que llegó al correo en este campo.
- 6. Dar clic en el check del capcha.
- 7. Clic en el botón "Aceptar" para pasar a la siguiente interfaz.

		Record .	er clave			
	The extend function of the set		er texistikardis takana			
	A State of S	annad a sans ideorem des Constant parenge	regelent is er sollen, seltan i egener t av 1995	e tite av son di regens er in		
nethoucht.	<u></u>	_				
0			-			

- 8. Digitar la nueva contraseña.
- 9. Confirmar la nueva contraseña.
- 10. Aceptar los términos y condiciones.
- 11. Botón "Cambiar" para finalizar el proceso, el sistema lo dirigirá a la pantalla de inicio.

		_
Parton an mana contrainéer Contrare du mana contrainété.	La contrasería debe cumplir las siguientes condiciones 1. terregai entre 1 y 11 autores 2. A revolute concer (**) 3. A revolute teorine (**) 4. A revolute teorines 5. A revolute concernes	



Un producto de



3. Barra de herramientas y botones

BOTÓN	NOMBRE	ACCIÓN
	EDITAR	Botón que permite realizar una edición completa del registro seleccionado.
9	ELIMINAR	Sirve para eliminar el registro o los diferentes registros que hayan sido seleccionados.
۲	VISUALIZAR	Permite tener una vista previa del documento en cuestión.
•	AYUDA	Botón que tras ser presionado mostrará la información correspondiente a la sección o formulario en el que se está trabajando.
<u>*</u>	DESCARGAR PDF	Permite realizar una descarga al ordenador de archivos con formato PDF.

ICONO		DESCRIPCIÓN
+		Añade otro campo de texto al atributo que se está trabajando.
CANCELAR	CANCELAR	Botón de cancelación u acción de cancelación.
ACEPTAR	ACEPTAR	Botón de aceptar u acción de aceptar.
INFORMACIÓN		Botón de información u acción de información.
<< 1 2 3 4 5	53 54 >>	Botones para paginar los resultados y no sobre cargar las pantallas.





4. Menú Principal

4.1 Prestaciones Económicas

En este módulo el usuario encontrará los siguientes submódulos: Auxilio funerario, Incapacidad Temporal, Pensiones e Incapacidad Permanente Parcial.

4.1.1. Auxilio Funerario

Este módulo permitirá registrar nuevas solicitudes, al dar clic sobre el titulo se mostrará el formato de autorización de datos personales. Se requiere aplicar el proceso para la recepción, radicación y transferencia de solicitudes de reclamación de reconocimiento de pensiones. Para tipos de solicitantes trabajadores afiliados siniestrados de la ARL Positiva, representante legal y apoderado, realizando las validaciones parametrizadas que permitan decidir las solicitudes de reconocimiento de acuerdo con lo establecido tanto legalmente como por el proceso.



El formulario contiene cinco respuestas seleccionables radio botón SI – NO, todo se debe autorizar para continuar con la solicitud, luego presionar el botón "Autorizar" que se encuentra al final, como se muestra en la siguiente imagen:



DSITIVA



UTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

		0
Para POSITIVA COMPAÑÍA la nuestros clientes, es por narce normativo establecide ey. Lo invitarnos a leer cuide	E SEGUROS S.A. es muy importante la protocción y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Conerciates, niñas, niños y adoleso o que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sito veb para su consulta de ecuento o n la Ley 1951 de 2012. Positiva govico, que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conform paraente el siguente texto mediante el cual usted autoriza de tratamiento de sus datos.	con el el a la
to.	con CC nümero eutoriza	
DATOS PERSONALES: Au arra que puedar recolectar ascripción y expedición de contratos, la deferminación control y la prevención del l inanciatos (g) elaborar us seguratora, incluyendo, pr egistros comerciales, corpor rector de POSITIVA, con fi reformación y bases de dato	izo expresamente e POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceiros contratados, en adelante "POSIT tansferir, transmitir, almacenar, usar, cocular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidade i póliza y el diausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colecación y ejecución de los seguros, así como la negociación o primas y la selección de nespos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y evocación del seguro. (f) Realizar el selésica el selésica de la esticación de nespos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y evocación del seguro. (f) Realizar el selésica de realización de insegura el activizar, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y montre a itasia restinctivas y a centrales de información de rie dos técnico-actuaneles, segmentaciones, estadolsticas, encuestas, anàlisis de tendencies del mencado y en gunetal, estudios de la ini imitarse a las encuestas de satisfanción obre los envicios prestados por POSITIVA. (b) Cumpler con las obligaciones tributarias tivos y contables. (l) La transmisión y transferencia de datos a tercentes con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procei- s de desarrello operativo y/o de administración de sistemias, (k) anchivar y actualizar los sistemas, ademas de la protección y cuntodía se POSITIVA. (d) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA"	TIVA', s (a) fe los era el esgos icnica i y de sos al de la
u 🖲	No	
NATOS SENSIBLES: Autor pue pueda recciectar, trans nformación es considerada nédicos, datos taométricos, nor POSITIVA en el pasado	expresemente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filades vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", in, atmacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y dectaro que he sixto enterado que la sign omo Dato Sensible: estado de saluit, valoración preanestésica, exámenos médicos, historia clínica, patologías reconsoidas, anteced lativos a la vide sexual, religión, política, y será tratade de acuerdo a la Ley, mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tra el cumplimiento de sus deberos legales.	, pera uente lardas tiidas
SI 🖷	No 🗇	
INFORMACIÓN COMERCI como realizar actividades de legar a ofrecer	2 Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.el envío a mi correo erectrónico o cesuar de: Ofertas y Publicidad rercaden, eventos, capacitaciones, seminarios, talteres y/o addividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pu	L asi diera
si 🖲	No O	
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLES POSITIVA", para que (i) re si ese tratamiento afecta alg	INTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGURIOS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adel onda y respete el interês superior, es decir derechos prevalentes, y (il) que asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo i derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.	lante que,
SI 🔹	No 🗇	
DECLARO QUE HE SIDO revocar, acceder, solicitar pr a Política de tratamiento di servicioalcliente@positiva.gi Desarrolio.	FORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, recti ba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuítas de inis Datos Personales y Datos Sensities, y los demás derechos consagrado atos personales de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGURIOS S.A., a la dirección: Avenida Carreta 45 No. 94 – 72, Bogotá, coreo electró co Teléfono: (601) 6502200 en Bogotá y 018000111170 para el resió del país. Contacto: Oficial de Habéas Data / Jete Oficina de Estrate	ficar, is en nico. gia y
si 🖷	No O	
Autorizo tratamiento de los (os, datos sensibles y la política de tratamiento de datos en la ciudad de: MANIZALES	
a Ios (24) días del mes de	nyo-del año 2024	
	AUTORIZAR ND AUTORIZAR	





Luego de autorizar el tratamiento de datos personales el sistema dirigirá al usuario a la vista del formulario solicitud auxilio funerario. Todos los campos del formulario marcados con (*) son obligatorios.

INFORMACIÓN DEL FALLECIDO (Todos los campos son obligatorios)

- 1. Desplegable con tres opciones: Riesgos Laborales, Conmutación Pensional y Rentas Vitalicias.
- 2. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del asegurado.
- 3. Campo para digitar el número de documento del asegurado.
- 4. Dar clic en la lupa para que el sistema automáticamente cargue la información del asegurado.
- 5. Radio botón seleccionable si el asegurado era Pensionado o Afiliado.

	FORMULARIO SOLICITUD AUXILIO FUNERARIO
ORMACIÓN DEL FALLECIDO (Todos los ca	mpos son obligatorios)
Ramo 😑 Es la prestación económica reconocida lesgos laborales	a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro de un pensionado o afiliado al sistema general de
Rinspos Laborates	
Tipo Documento del Asegurado	2 *No de Documento del Asegurado
CÉDULA DE CIUDADANÍA	
Nombre(s) del Asegurado	* Apeilido(s) del Asegurado
	VIASUS RUEDA
Fecha del Fallecimiento DD/MM/AAAA	* Situación del Fallecimiento

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

- 6. Radio botón seleccionable SI NO a la pregunta ¿El solicitante es el mismo titular de la factura? En caso de que la respuesta sea SI el sistema cargará automáticamente los datos del solicitante, en caso de responder NO el usuario deberá digitar los datos manualmente.
- 7. Desplegable para seleccionar el tipo de documento.
- 8. Digite el número de documento del asegurado.
- 9. Clic en la lupa para que el sistema cargue el nombre del asegurado.
- 10. Nombre del asegurado que se completa automáticamente.
- 11. Radio botón seleccionable SI NO a la pregunta ¿El solicitante es el mismo titular de la cuenta? En caso de que la respuesta sea SI el sistema cargará automáticamente los datos del solicitante, en caso de responder NO el usuario deberá digitar los datos manualmente.





- 12. Desplegable para seleccionar el tipo de documento titular de la cuenta.
- 13. Digitar el número de identificación del titular de la cuenta.
- 14. Clic en la lupa para que el sistema cargue el nombre del titular de la cuenta.
- 15. Nombre completo del titular de la cuenta que se completa automáticamente.
- 16. Luego de diligenciar todos los campos e indicar el correo electrónico se debe dar clic en el botón "Generar PIN y enviar correo electrónico", se enviará un correo electrónico con un PIN que se debe escribir en el campo "Digite Código".
- 17. Finalmente dar clic en el botón "Continuar" para seguir con la solicitud.

¿ El solicitante es el mismo titular de la factura	·•	
Tipo Documento del Solicitante	* No de Documento del Solicitante	Nombre Completo del Solicitante
CÉDULA DE CIUDADANÍA 🔹 👻		
LEI solicitante es el mismo titular de la cuenta '		
No C	0 0	
Tipo Documento Titular de la Cuenta	* No de Documento Titular de la Cuenta	* Nombre Titular de la Cuenta
CÉDULA DE CIUDADANÍA 🔹		
Nombre de la Entidad Bancaria	* Tipo de Cuenta	TNúmero de la Cuenta
BANCO DAVIVENDA BA	Ahorros @ Comunite O	ordeneese
Departamento	* Município	* Dirección de Notificaciones
HOGOTA D.C.	BOGGTADC	 (make 27 # 67 - 82
Teléfono	🕐 Número de Contacto	
ps C valuer 🖲	3294405555	
Correo Electrónico	* Digita Código	
ge Paggmak conj	935707	
	17	Y







Luego de diligen<mark>ciar el formulario saldrá un m</mark>ensaje que le indicará continuar con el cargue de archivos.

	CARGUE DE ARCHIVOS			
		5	Talwan Data	Perguenta
C anameti G CERA				
Documentos	Estimado Usuario			
(Interiore)	Por favor continúe con el cargue de documentos para generar la solicitud.	2 -	CARGAR	ر
	Acepter			ACCORT
	REGRESAR	RADICAS		
-				

- 18. Para cargar los archivos, primero seleccionar en el desplegable el documento requerido, dichos documentos dependen de lo que se haya diligenciado en el formulario, los archivos que están marcados con (*) son obligatorios.
- 19. Buscar y seleccionar el archivo a cargar.
- 20. Clic en el botón "Cargar" para que el sistema guarde el archivo en el sistema.



Un producto de	3	POSITIVA COMMANDA DE SECERIROS
----------------	---	-----------------------------------

Información del Solicitante		ción dué Fallocido	Footulario	Habitas Data	Reporta
		VIASUS RUEDA	۲	۲	۲
umentos para realizar la solicitui	111	Elegir archivos Mingin a	19 Inclinio serie	CARCAR	125
and a first state stat				Carron	No.
TIPO DE DOCUMENTO			ARCHIVO		ACCOMES

21. Cuando el usuario termine de cargar todos los documentos requeridos debe dar clic en el botón "Radicar" y esperar que el sistema muestre el mensaje con el número de radicado, tal como se muestra en la siguiente imagen:

)
	Estimado	Usuario
La se v	olicitud se ha radicado alidarla con el siguien	o exitosamente y podrá te No. de Radicado
	SAL2024000	00185850
el c Cu consu	ual podrá ser consult da/Gestión de Presta Itar por los diferentes en el sist	ar en la siguiente ruta ciones Económicas y criterios que ofrecemos tema.
	Acent	





4.1.2 Pensiones

Se requiere aplicar el proceso para la recepción, radicación y transferencia de solicitudes de reclamación de reconocimiento de pensiones. Para tipos de solicitantes trabajadores afiliados siniestrados de la ARL Positiva, representante legal y apoderado, realizando las validaciones parametrizadas que permitan decidir las solicitudes de reconocimiento de acuerdo con lo establecido tanto legalmente como por el proceso.

Auxilio Funerario	Incapacidad Temporal	
Peniloses	Incapacidad Permanente Parcial	

En pensiones el usuario encontrará la autorización para tratamiento de datos personales.





AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

		0
Para POSITIVA COMPAÑI de nuestros clientes, es po marca normativo estubleci ley. Lo invitantos a leer cui	ESEGURIOS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Conserciales, niños y adolescent a que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sito web para su consulta de acuento con n la Ley 1581 de 2012. Positiva govico, que junto con la presente autorización nos permitian hacer uso responsable de sus datos conforme a isamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.	es ol Ja
Yo,	con CC número autorizo	
DATOS PERSONALES: A para que pueda: recoleci suscripción y expedición o contratos, la determinación control y la prevención de hnanciaros (g) alaborar aseguratora, incluyendo, registros comerciales, corp interior de POSITIVA, con interior de POSITIVA, con	izn expresamente a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIV ransferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las sigurantes finalidades poliza y el clausifiado (b) autorización de sanvein (c) cotización, colocación y ejecución de los seguras, esi como la negociación de l primas y la selección de nesgos (d) pago y reembolso de siniestros, (e) cancelación y revocación del seguro (f) Realizar el anégociación de las ide y de lavido de activas, incluyendo, pero sin limitarse a la corsulta y importe a listas restrictivas y a centrales de información de les solar solar actuaneles, segmentaciones, estadísticas, encuestas, anàlisis de tendencies del mercado y en general, estudios de teón sin limitarse a las encoestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA (b) Cumptir con las obligaciones tributarias y ivos y contables. (b) La transmisión y Transferencia de datos a tenceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos, on protección y custodía de la POSITIVA (f) el tratamiento de tados aquellos tatos personales en virtud de la relación contractual vigenta con "POSITIVA".	
SI 🖲	No	
DATOS SENSIBLES: Auto que pueda: mociectar, trai información es considerad médicos, datos teométrico por POSITIVA en el pasad	expresamente a POSITIVA COMPAÑA DE SEGUROS S.A. a sus tituales vinculadas y/o Terceiros continitados, en adelante "POSITIVA", p in, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguer zmo Dato Sonsitive estado de talaut, valoración preanestificica, exámones médicos, historia clínica, particiopías reconocias, autoeder lativos a la vide sexual, religión, política, y será tratade de acuerdo a la Ley, mis datos actuales, en el futuro, y/o los que huberan sido tratad el cumplimiento de sus deberes legañes.	re fe os
Si 🔹	No D	
INFORMACIÓN COMERC como realizar actividades llegar a ofrecer	2 Autorizo expresamente a POBITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S A el envío a mi correo electrónico o celular de: Ofertas y Publicidad, a lercadeo, exentos, capacitaciones, seminanos, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que public	ii a
si #	No	
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLE "POSITIVA", para que (i) si ese tratamiento afecta a	INTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adeian onda y respete el interês superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo qu derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.	16° 90
SI 🖷	No 🖸	
DECLARO QUE HE SIDI revocar, acceder, solicitar la Política de tratamiento servicioalctiente@positiva Desarrolio	FORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectifica ba de la autorización otorgada, realizar consultas gratutas de mis Datos Personales y Datos Sensibiles, y los demás derechos consagrados e latos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección. Avenida Camera 45 No. 94 – 72, Bogotá, coneo electrónic co Teléfono: (601) 6502200 en Bogotá y 018000111170 para el resio del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jele Oficina de Estrategia	6 B X Y
Si 🖷	No	
Autorizo tratamiento de los	os, datos sensibles y la política de tutamiento de datos en la ciudad de: MANIZALES	
a les (24) dias del mes d	ye del año 2024	





INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

- Ramo: Campo desplegable con tres opciones (Rentas laborales, conmutación pensional y rentas vitalicias).
- 2. Tipo de Reconocimiento: Desplegable con distintas opciones seleccionables dependiendo lo que se elija en el campo Ramo, si el usuario elige riesgos laborales, entonces se habilitarán las opciones pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes y sustitución pensional; si el usuario elige en ramo conmutación, se habilitará la sustitución pensional; si el usuario elige rentas vitalicias, se habilitará sustitución pensional.
- 3. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del asegurado.
- 4. Digitar el número de documento del asegurado.
- 5. Dar clic en la lupa para cargar el nombre del asegurado automáticamente.
- 6. Nombre del asegurado que se completa automáticamente.

		SOLICITUD DE PENSION			
FORMACIÓN DEL ASEGUNADO (Todo)	los camp	os marcados con - son obligatorios)			
Ramo 😑				* Tipo de Reconocimiento	
RIESGOS LABORALES			-	PENGIÓN DE SOBREMVIENTES	
Tipo Documento del Asegurado	3	* Numero de Documento Asegurado	P	* Nombre Completo del Asegurado	6
CÉDULA DE CIUDADANÍA	()	22000011	8	AIDEE MARIA VIASUS RUEDA	
Fecha del Fallecimiento					

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

- 7. Desplegable para seleccionar el tipo de Solicitante (Apoderado, representante legal, beneficiario), dependiendo lo que el usuario seleccione, en la sección de cargue de archivos el sistema pedirá la documentación según corresponda.
- 8. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del solicitante.
- 9. Digitar el número de documento del solicitante.
- 10. Dar clic en la lupa para cargar el nombre del solicitante automáticamente.
- 11. Nombre del solicitante que se completa automáticamente.
- 12. Después se debe dar clic en el botón "Generar PIN y enviar correo electrónico", se enviará un correo electrónico con la información del pin que se debe escribir en el campo "Digite Código".
- 13. Botón opcional para agregar un número adicional de contacto.



Un producto de









INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Todos los campos son obligatorios)

- 14. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del beneficiario.
- 15. Digitar el número de documento del beneficiario.
- 16. Dar clic en la lupa para cargar el nombre del beneficiario automáticamente.
- 17. Nombre del beneficiario que se completa automáticamente.
- 18. Desplegable para seleccionar el parentesco del beneficiario.
- 19. Botón opcional para agregar un número adicional de contacto.
- 20. Botón "Continuar" para seguir con el cargue de archivos.
- 21. Botón "Salir" para cancelar la solicitud.

Tipo Doc. Beneficiario		* No Doc. Beneficiario	Y	* Nombre Completo Beneficiario
CÉDULA DE CIUDADANÍA		(Contraction 1997)	- 9	(
Parentesco		Fecha de Nacimiento		* Dirección del Beneficiario
(Hup 💙	•	damestaasa		
Departamento		* Municipio		* Correo Electrónico
BOQOTA D.C.	- *)	BOGOTAD C		
Número de Teléfono		*Número Celular		
601			O Adicio	anar Telefono
				19
Adicionar)				
	2			2
	Continue	r)		Salir

Posteriormente saldrá el formato "Autorización para modificación de reconocimiento pensión de invalidez de riegos laborales" de acuerdo con los datos diligenciados.





FORMATO AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMENTO PENSIÓN DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES
EECHA ODWIETO
Nombre Affiliado CESAR AUCUSTO PAREDES VIASUS
No. Documento Afiliado 00063135
Yo CESAR AUXUSTO PAREDES VIASUS CC 60983135
en nombre propio y en forma libre y espontânea manificialo que autorizo a la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se cumplan los presupuestos establecidos en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 "Revisión de los Pensione de Invalidez, se modifique total o parcialmente el oficio mediante el cual se reconoció la Pensión de Invaldez, conforme a lo dispuesto por la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003, Ley 1562 de 2012 y Decreto 1352 del 2013. Lo anterior, teniendo en cuenta que el afiliado deberá ser valorado por el Médico Laboral cada tres años con el fin de establecer si las condiciones que dieron origen a la prestación econòmica inicial pensión
NONBRE
CESAR ALKUSTO PAPEDES WARLIS
Dirección de contato: cale 70 # 45 - 65
Ciudad de contactor 6000TA D.C. 6000TA D.C.

Luego de revisar que la información sea la correcta, dar clic en el botón "Si", posteriormente se abrirá la siguiente interfaz para el cargue de archivos, los cuales dependerán del ramo seleccionado, los documentos que tienen asterisco son obligatorios.

DOCUMENTOS ASEGURADO

- 22. Documentos del asegurado. Para cargar los archivos, primero seleccionar en el desplegable el documento requerido, dichos documentos dependen de lo que se haya diligenciado en el formulario, los archivos que están marcados con (*) son obligatorios.
- 23. Columna acciones, el usuario podrá visualizar cuatro formatos (formulario de solicitud, formulario de autorización, habeas data y carta de objeciones).





22			
Y			0
tos Asegurada			
do asseno de revea los documentos que cuenta con el simbolo de " ya que estos son obliga	nutrolice of remaining and echo	-	
Tipe Reconnectminister Tipe / Humans dat A	segurate	Acciment 23	
PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES CC-2780811 AIDEE MARIA	VIASUS RUEDA		
Hamber de Documente	Accione	16	

DOCUMENTOS SOLICITANTE

- 24. Desplegable para seleccionar el documento a cargar del solicitante.
- 25. Buscar y seleccionar el archivo a cargar.
- 26. Clic en el botón "Cargar" para que el sistema guarde el archivo en el sistema.
- 27. Columna acciones, el usuario podrá visualizar o eliminar el registro.

CARGUE D	E ARCHIVOS	
cumentos Asegurado		
cumentos Solicitante		
Estimado veuero. Por fávor revise los documentos que connta con el vimbola de * ya que estra son Titul Necessa contento.	obligatorios para gestionar su solicituit. Tier/Munem del 50%trante	
PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES	CC-	-
Documentos para realizar la solicitud	25 26	
*Folocopia del documento de identidad	un archivo nelisc CARGAR)
Hambire de Documento	Accimen 27	
* Fotocopia del documento de identidad Asegurado	() ()	
* Folscopia del documento de identidad Asegurado	@ (_





DOCUMENTOS BENEFICIARIO

- 28. Desplegable para seleccionar los documentos a cargar del beneficiario.
- 29. Buscar y seleccionar el documento del beneficiario.
- 30. Clic en el botón "Cargar" para que el sistema guarde el archivo en el sistema.
- 31. Botón "Radicar", dar clic cuando estén cargados todos los documentos del asegurado, solicitante y beneficiario.
- 32. Botón "Regresar" para cancelar la solicitud.

			-
ocumentos Asegurado			
ocumentos Solicitante			
ocumentos Beneficiario 1			
Tipo Reconccimiento	rook de finis dae estas foi polearoos para restora se Tipo-Menero del Senericiario	i solicitud. Tipo do persolescal	
Por tavor revise kis documentus que cuenta con el sit	rboló de " yá que esitis son obligatorios para gestionar o	a solicitid	
PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES	π.	HUO	٩.
Documentos para realizar la solicitud	Elegr archivos Hengion archivo sense	CARGAR	
Nombre de Disserverte		Accistones	
(12	3	
REGRESAR		RADICAR	

33. Cuando el usuario termine de cargar todos los documentos requeridos debe dar clic en el botón "Radicar" y esperar que el sistema muestre el mensaje con el número de radicado, tal como se muestra en la siguiente imagen:



Un producto de





4.1.3 Incapacidad Permanente Parcial

Se requiere aplicar el proceso para la recepción, radicación y transferencia de solicitudes de reclamación de reconocimiento de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial. Para tipos de solicitantes trabajadores afiliados siniestrados de la ARL Positiva, representante legal y apoderado, realizando las validaciones parametrizadas que permitan decidir las solicitudes de reconocimiento de acuerdo con lo establecido tanto legalmente como por el proceso.







Una vez seleccionado el modulo Incapacidad Permanente Parcial el usuario encontrará el formulario habeas data solicitud de indemnización por incapacidad permanente parcial (IPP) el cual contiene la autorización de datos personales.

- 1. Nombre completo del asegurado.
- 2. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del asegurado.
- 3. Número del documento del asegurado.
- 4. Nombre completo del representante legal (solo si aplica).
- 5. Desplegable para seleccionar tipo de documento del representante legal.
- 6. Radio botón para autorizar el tratamiento de datos, debe seleccionar SI para que el sistema permita continuar la solicitud.
- 7. Nombre de la ciudad donde se realiza la solicitud.
- 8. Botón "Autorizar" para continuar el proceso, el sistema mostrará la interfaz con el Formulario solicitud de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial.

Habeas Da	ita formulario soli	citud de Indemniza	clón por lr	ncapacidad Permanente Parcia	il (IPP)
UTORIZACIÓN DE DATOS PERS	ONALES				
Para POSITIVA COMPAÑA addescentes de nuestros ca consulta de acuento con el n responsable de sus datos con Lo invitamos a terr co	DE SEGUROS S.A. es m entes, es por eso que PC nanco normativo estableca norme a la ley amente el siguiente texto r	nuy importante la protecció ISTTIVA ha diseñado polític do en la Ley 1681 de 2012 nediante er cual usteri	n y el manejo as y procedim ! Pantiva gos i e el tratamie	de los Datos Personales, Sensibles, Cor entos que se encuentran publicados en n co que junto con la presente autorización nto de sea datos	nercièles, niñas, niños y luestro sito web para su nos permiten hacer uso
Y0,	con (Selecce	ne un Tipo de Documento	~)	número:	Representante Legal
de (si apica)		con doc. de	stentidad	Selectione un Tipo de Dacurecto	 Número
DATOS PERSONALES: Aut "POSITIVA", para que pueda finalidades: (a) suscitipción y regociación de los contratos, Realizar el análitois para el o centrales de información de mercado y en general, estudi (h) Cumplar com las etaligacio cuales: "POSITIVA" haya cele y actualizar los sistemas ar personales en vittud de la rea	Ionzo expresamente a Pi s recolectar, transferir, tra expedición de la póliza y la determinación de pra- nesgos financienos (d) (ios de Vernica useguradors anes tributantas y de regis brado contractual y portección y ación contractual vigente o	SetTIVA COMPANIA DE 3 nemitir, almacenar, usar c el clausado (b) autoritar as y la selección de riergo fraude y de lavado de act riaborar estudios fécnico-a a, incluyendo, pero sin limo tros comerciales, corporat los al intenor de POSITIVA / custodia de la informaci con "POSITIVA".	EDUROS 5.4 incular, suprimi Xin de servicio Xin de servicio vos, incluyend chustians, seg arse a las enco- trats y contable , con fines de ôn y bases de	a sua titales vinculadas yro innome o c compartir y actualizar me datos person (c) cotización, celocación y ejecución de embolso de siniestros. (c) cancelación y n o pero sin limitanse a la consulta y export mentaciones, estadísticos, encuestas an jestas de satisfacción sobre los servicios p es (l) La transmisión y Transferencia de desarrollo operativo y/o de administración datos de POSITIVA. (l) el tratamiento d	contratatos, en adecame nales para las siguientes las segunos, als como la evocación del seguno (f) e a listas restrictivas y a idileis de tendeccias del prestados por POSITIVA, datos a tercenus con los de soltemas. (k) archivar de todos aquellos datos
SIC 6	No				
DATOS SENSIBLES: Autori "POSITIVA", para que pueda enterado que la siguiente in patologías reconocidas, ante actuales, en el futuro, y/o los	zo expresamente a POS recolectar transferit are formación es considerad ecedentes médicos, datos que hubieran sido tratado	STIVA COMPAÑía DE SE hacenar, usar, cilcular, sup la como Dato Sensible e i biométricos, relativos a l s por POSITIVA en el pasa	GUROS S.A. limir, compartir stado de salor a vida sexual, do en el cumpli	a sus filales vercutadas y/o Terperus o actualizar y transmitir, mis datos sensiba d. valoración preahestésica, exámenes n religión, política, y será tratada de acue miento de sus deberes legales.	ontratados, en adeiante es y declaro que he sido nédicos, historia clínica, rido a la Ley, mis datos
si O	No				





	-7	
a los (27) días del més de 6 del año 2024 .		

Formulario solicitud de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP)

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

1. En la sección de autorización de datos personales el sistema automáticamente mostrará la opción SI seleccionada.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios).

- 2. Desplegable tipo de documento del asegurado.
- 3. Numero de documento del asegurado.
- 4. Dar clic en la lupa para que el sistema muestre automáticamente los nombres y apellidos del asegurado.
- 5. Nombre del asegurado.
- 6. Botón "Generar PIN", dar clic para que se envíe un código PIN que llegará al correo indicado previamente.
- 7. Después de digitar el PIN el sistema no permitirá modificarlo este campo.

DATOS DE CALIFICACIÓN

8. Radio botón seleccionable para mostrar información adicional del siniestro.

9. Campos con información del siniestro que se completan automáticamente por el sistema al presionar el radio botón.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

10. ¿El solicitante es el mismo afiliado? SI – NO. Radio boton seleccionable, en caso de responder "SI" el sistema cargará la información automáticamente, en caso de responder "NO" el usuario deberá digitar la información manualmente.

- **11.** Desplegable para seleccionar el tipo de documento del solicitante.
- 12. Numero de documento del solicitante.
- **13.** Clic en la lupa para que el sistema cargue la información del solicitante.
- 14. Nombre del solicitante.
- 15. Apellidos del solicitante.







Formulario solicitud de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP). Las reclamaciones de indemnizaciones por IPP prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha de notificación del dictamen de la pérdida de capacidad laboral en firme AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES *¿ El solicitante autorizó el tratamiento de datos personales ? 26.5 NOT INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos Los campos son obligatorins) 4 * Número de Documento del Asegurado * Tipo Documento del Asegurado * Nombres dei Asegurado Т Seleccoos un Yipu de Do -* Apellidos del Asegurado * Departamento * Municipio Selectore in Departmento w Teleccond on Manapia * Dirección de Notificaciones * Télefono * Número de Contacto Fijo Mövil Digite código de verificación * Correo Electrónico 0 Formulario solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) Las reclamaciones de indemnizaciones por IPP presoriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la feciha de notificación del dictamen de la pérdida de capacidad laboral en firme AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES "¿ El solicitante autorizó el tratamiento de datos personales ? 44.00 2445 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios) 4 Número de Documento Asegurado * Tipo Documento del Asegurado * Nombres del Asegurado LUIS ANEONIO * Municipio * Apellidos del Asegurado * Departamento BOGOTADIC ÷ + * Dirección de Notificaciones * Télefono ^{*} Número de Contacto File MASyll calle 50 # 32 - 02 1207004040 0. * Correo Electrónico * Digite código de verificación tavian arrot@ata.co-Correo Valido





	Hifm	matten de la empresa		Tipe
	AGROSERVICIOS S YA	543	12-11-2020	AT
0	AGROSERVICIOS S Y A	SAB	22-02-2521	47
0	AGROSERVICIOS S Y A	5A.5	07-08-3921	AT
12-11-2020	(12 11 2020 ·			
12/11/2020	(12.11.0020			
FORMACIÓN DEL SOLICITANTE [To	dos los campos son obligat	orios)		
	13	CEDUADE CI	shaqaala	-
				15

INFORMACIÓN BANCARIA

15. ¿El solicitante es el mismo afiliado? SI – NO. Radio boton seleccionable, en caso de responder "SI" el sistema cargará la información automáticamente, en caso de responder "NO" el usuario deberá digitar la información manualmente.

- 16. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del solicitante.
- 17. Numero de documento del solicitante.
- 18. Nombre del solicitante.
- 19. Apellidos del solicitante.

· Entidad Bancaria	Tino de Cuento - Aleman - Comente	No De Cuenta
BANCO DAWNENDA BA	• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	07080000000
* Nombre Titular de la cuenta		
LUIS ANTONIO GARCIA SOUS	16	





CARGUE DE ARCHIVOS

20. Luego de diligenciar el formulario, se continúa con el cargue de documentos, en la columna acciones podrá visualizar el PDF habeas data, PDF solicitud IPP y PDF carta de notificación IPP.

- 21. Desplegable para seleccionar el tipo de documento.
- 22. Botón para seleccionar archivo guardado en disco duro.
- 23. Botón "cargar" para que el sistema guarde el archivo.

24. Botón "radicar" para finalizar la solicitud. (El sistema mostrará un mensaje con el número de radicado).

25. Botón "regresar" para cancelar la solicitud y volver a la página anterior.









4.1.4 Incapacidad Temporal

Se requiere aplicar el proceso para la recepción, radicación y transferencia de solicitudes de reclamación de reconocimiento de incapacidad temporal. Para tipos de solicitantes trabajadores afiliados siniestrados de la ARL Positiva, representante legal y apoderado, realizando las validaciones parametrizadas que permitan decidir las solicitudes de reconocimiento de acuerdo con lo establecido tanto legalmente como por el proceso.

Ausilio Funerario	Trcapacided Temporel	
Persiones	Incapacidad Permanente Parcial	

Cuando se entra a la solicitud de incapacidad temporal, el usuario encontrará las siguientes preguntas:

			ALIDACIONES RADICADOR		
1: ¿ El formato está en perfecto estado ?	SI 🖲	NOO	2: ¿ La incapacidad está en perfecto estado ?	SI 🕷	NO
			Continuar		

Despues de responder las preguntas según como se encuentren los documentos físicos y al dar clic en el boton "Continuar" el sistema abrirá el formulario Habeas Data para autorizar el tratamiento de datos personales.





FORMULARIO HABEAS DATA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

- 1. Nombre del solicitante
- 2. Desplegable para seleccionar el tipo de documento.
- 3. Numero de documento de identificación.
- 4. Radio botón para seleccionar SI o NO autoriza. Debe seleccionar SI para que el sistema permita continuar con la solicitud.
- 5. Ciudad o municipio donde se realiza la solicitud.
- 6. Botón "autorizar" para continuar la solicitud.

50 08	E PRIVACIDAD + HABEAS I	ATA, AUTORIZACIÓN TR	ATAMIENT	O DE DATOS PERSONALES	¥/0 0ATO5 SE	INSIBLES
ara PC ue "PC a disei	OSITIVA COMPAÑÍA DE SEG DSITIVA" ñado políticas y procedimiente	UROS S.A. es muy importan is que para mayor clandad es	te la protec	cción y el manejo de los Datos ABC del Habeas Data" en nue	Personalės yro D tra pägina web	atos Sensitiles de nuestros clientes, es por eso
ttps //v so res ersona	www.positiva.gov.co/tramites-5 iponsable de sun de ponfon ales y/o sensibles	ervicios/habeasdata/Paginas ne a la ley; lo invitamos a le	2 ados	formacion aspx (Ley 1581 de 2 amente el siguiente texto medi	012) que junto o cual" uste	on la presente autorización nos permiten hacer d autoriza el tratamiento de sus datos
0.	Oscar Albarracia co	CÉDULA DE CIUDA	DANIA -	número:	T	
tepres	sentante Legal de(si aplica)	8	CGR	Seleccione una opción	múmero.	
e acue ATOS	y de avalue de activos, incluys si écnico-actuariales, segmen tarse a las encuestas de satisf bles. (I) La transmisión y Trans erob con lo anterior; declaro q erob con lo anterior; declaro q o expresamente a POSITIVA (regional de la construction) o expresamente a POSITIVA (regional de la construction) de la construction de la construction reada como Dato Sensible, est	No O Scompaking of minimum and the dis- accion sobre los servicos pre- terencia de datos a terceros as Autorizo a POSITIVA, para No O Scompakina DE SEGUROS S primir, comparir, actualizar ado de satur valoración pre- religión, positica, y serà trata o debrase terceros	A, a sun fil massmitik A, a sun fil massmitik anestésica da de acue	pone a reado resultante y la Co recarda de intercado : recositiva. (h) Campir con las ales "POSITIVA" lento de ma lates vinculadas y/o Terceros o mis datos sensibles y declar, extenses médicos, historia e ordo a la Ley, mis datos actuale	witralados, en ac que re sido ent que ne sido ent línica, patokogias s, en el futuro, y	alacer ve receipto interforma (g) custoliti nitos de récinica areguradana, incluyendo, pero- uitarias y de registros comerciales, corporativos estante "POSITIVA", para que pueda recolectar, erado que la siguiente información es reconocidas, antecedentes médicos, datos ro los que hubieran sido tratados por POSITIVA
onside iométri n el pa	isado en el cumptimiento de s	as develops regarda.				
ionside xométri en el pa De acue DATOS	erdo con lo anterior, declaro g seado en el cumptimiento de s erdo con lo anterior, declaro g sensibles:	e Autorizo a POSITIVA, para	el Tratami	iento de milis		
De acue DATOS	acido, relativos a la vola sexual asado en el cumplimiento de s erdo con lo anterior, dectaro gi SENSIBLES;	No 🖸	i el Tratami	lento de mis		
De acue Da acue Da acue Da acue Da acue Da acue Da acue Da acue Da cue Da acue Da cue Da acue Da acue	NOS realitivos a la virtua sectual seado en el cumptimiento de s ereto cos lo anterior, dectaro qu sensalbates; NRO QUE HE SIDO INFORMA , acceder, solicitar prueba de l ca de tratamiento de datos pe acciente@positiva gov.co Telé bio.	No Dostron regards No Dostron a POSITIVA, para No Dostron Congrada, real nonales de POSITIVA COMP fonce 6502200 en Bogotà y 0	el Tratami S QUE ME zar consult VANIA DE S 185001111	ento de más E ASISTEN COMO TITULAR O tas gránutas de mís Datos Pers SEOUROS S A, a la dirección: 70 para 5 to del país. Cont	REPRESENTA onales y Datos S Avenida Carrera acto: Oficial de H	NTE LEGAL: actualizas, conocer, rectificar, sensibles, y los dentias derechos consagrados en 48 No. 94 – 72, Bogotá, correo electrónico, sobeas Data / Joře Oficina de Estitudegia y
artenell onskile iométri in el pa de acua DATOS SI • DECLA evocar, a Politis ervicio Desarro Se firme	Indo: realitivos a la infantor seado en el cumplimiento de s erelo con lo anterior, declaro qu sensibiles: uno QUE HE SIDO INFORMA , acceder, solicitar prueba de l ca de tratamiento de datos pe alclante@positiva gov co Telé bio.	No OCONTRACTION A POSITIVA, para No O a autorización otorgada, real monales de POSITIVA COMP tono 6502200 en Bogota y 0 a ciudad de	el Tratami S QUE ME Zar consult VAÑA DE S 186001111 Mede	ento de más E ASISTEN COMO TITULAR C tas gratuítas de mis Datos Feis E OUROS S A. a ta dirección: 70 para 5 to del país. Cont 5 to del país. Cont 5 to del país.	REPRESENTA onaies y Datos 3 Avenida Carrera acto: Oficial de H	NTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, iensibles, y los dentils derechos consagrados en 48 No 94 - 72. Bogots, come dectrónico abeas Data / jefe Oficina de Estrategia y





Formulario solicitud de Incapacidad Temporal (IT)

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

1. En la sección de autorización de datos personales el sistema automáticamente mostrará la opción SI seleccionada.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios).

- 2. Desplegable tipo de solicitante.
- 3. Desplegable tipo documento del solicitante.
- 4. Numero de documento del solicitante.
- 5. Dar clic en la lupa para que el sistema muestre automáticamente los nombres
- apellidos del solicitante. у
- 6. Nombre del solicitante.

7. Radio botón para seleccionar el tipo de teléfono, con el cual se habilitará el campo "numero de contacto".

1	FO	RMULARIO SOLICITUD INCAPACIDAD	TEMPO	RAL	
* Las reclamaciones de incapocidades	temporales pr	rescriben en un máximo de (3) tres años, cont	ados a par	tir de la fecha de inicio de la Incapacidad	0
AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONAL	ES)				
* ¿ El solicitante autorizó el tratamient	o de datos per	sonales 7			
State No. 2	-	6			
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (TO	DOS LOS CA	MPOS SON OBLIGATORIOS)			
* Tipo Solicitante					
manbauquum	T		-		
* Tipo Documento del Solicitante	9	*No de Documento del Solicitante	Ŷ	*Nombre Completo del Solicitante	
CEÉDULA DE CILIDADANIA	(e e	(9.9	Oscar Abarrace	
* Departamento		* Municipio		* Dirección de Notificaciones	
80001A.B.C.		boootvac	×.	calle 77 # 56 - 02	
* Teléfono		Número de Contacto			
Fijo O Movif ®		3204009090			
· Correo Electrónico					
escard/gmail.com					





INFORMACIÓN BANCARIA

8. ¿El solicitante es el mismo titular de la cuenta? SI – NO. Radio botón seleccionable, en caso de responder "SI" el sistema cargará la información automáticamente, en caso de responder "NO" el usuario deberá digitar la información manualmente.

- 9. Desplegable para seleccionar el tipo de documento del titular de la cuenta.
- 10. Numero de documento del titular de la cuenta.
- 11. Clic en la lupa para que cargue la información
- 12. Nombre del titular de la cuenta.
- 13. Nombre de la entidad bancaria.
- 14. Radio botón para seleccionar el tipo de cuenta.
- 15. Número de la cuenta bancaria.

¿ El solicitante en mismo titular de la cu	ienta 7	* ¿ La empresa está insc	rita en pagos de salud 7	* Tipo de reconocimiento	
160		9 ⁻	No. Com	Cobra Diencia =	
Tipo Documento Titular de la Cuenta 9		No de Documenta vitut	ar de la Cuenta 🤎	* Nombre Titular de la Guen	
CÉDULA DE CIUDADANÍA		80883135	9	CESAR AUGUSTO PARED	ES VIASUS
Nombre de la Entidad Bancaria	3	Tipo de Cuenta		* Número de la Cuenta	15
BANCO DAVISENDA SA	-	Ahonme @ Comenie O		170800009	

En la parte final del formulario una vez diligenciados todos los campos, se habilitará el botón "Adicionar Incapacidad", al dar clic en él se abrirá una nueva ventana.

DATOS DE LA EMPRESA (Todos los campos son obligatorios).

- 1. Desplegable tipo de documento de la empresa.
- 2. Numero de documento de la empresa.
- 3. Dar clic en la lupa para que el sistema cargue automáticamente el nombre de la empresa.
- 4. Razón social.
- 5. Botón "Adicionar incapacidad" para agregar información.
- 6. Botón "Continuar" para continuar con el cargue de archivos.
- 7. Botón "Salir" para cancelar la solicitud.





o Documento	Y	No Documento Empresa 050011125		* Razón Social POSITIVA CO	MPAÑIA DE SEG	
TOS DE LA INCAPACIDA	D (TODOS LOS CAMPO!	S SON OBLIGATORIDS)				
encional incapacidad	Fecha Expedición	Focha Inclai	No. Disclosed	Diagnostica	Estado	ACCIONES
fn. Paciente	Incapatillar	11960 Calimit				

ADICIONA INCAPACIDAD

1. ¿ El accidente ocurrió en otra empresa ? Radio botón SI – NO, al dar clic el sistema cargará el historial de incapacidades del trabajador.

2. Radio botón para seleccionar la incapacidad con el fin de ver información mas detalla y/o modificarla.

3. Indicar la fecha inicial de la incapacidad.

4. Indicar la fecha final de la incapacidad.

5. Días de incapacidad (el sistema lo calcula automáticamente según las fechas indicadas).

6. Indicar la fecha de expedición de la incapacidad.

7. Desplegable para seleccionar el diagnóstico de la enfermedad.

8. Nombre del diagnóstico.

9. Botón "validar incapacidad", se debe dar clic para que el sistema habilite el botón "Adicionar incapacidad".

10. Botón "adiciona incapacidad" para guardar la información.

11. Botón "Cerrar" para finalizar o cancelar la solicitud.









Luego de realizar el proceso anterior aparecerá la información cargada en la pantalla del formulario en la sección datos de la incapacidad, a continuación se debe dar clic en el botón continuar, como se muestra en la siguiente imagen:





17	cumento	•	No Documento Empr	esa (*Razón Social POSITIVA COM	PAÑIA DE SEG	UROS SA
IATOS	DE LA INCAPACIDAD (1	TODOS LOS CAMPO	S SON OBLIGATORIO	51			
Adicio	wr incepecided	and the second second second	1 22800.000	-		_	
	Paciente	Fecha Experifición Imorpacidad	Techni Incial Hecepsecitie()		Diagnostico	Estable	
3	CESAR AUGUSTO FRREDES WASUS (Fechs del Stelestro 2012/18/09.)	15/10/2012	09/16/2012	20	SHGELOSIS DEBIDAA SHIGELLA DYSENTERIAE	ox	۲
	Q			1 »			

Luego de dar clic en el botón "Continuar" se mostrará la interfaz del cargue de archivos donde se debe adjuntar la documentación que indique el desplegable del campo "Documentos para realizar la solicitud", primero se debe seleccionar el documento, luego clic en el botón "Elegir archivos" y después clic en el botón CARGAR, repetir este proceso hasta completar toda la documentación.

	Automoscijin det Indagechado	fecter Michiel Incapach	last Formutarie	Halterin Data	Real
•	DC 0000130 CESAR ALIGUISTO PRREDES VV	005 10150812	۲	۲	
1	CLARGA TO .	anno		ACCORES.	

Una vez completos los documentos, dar clic en el botón "Radicar" para finalizar el proceso.





Esperar hasta que aparezca el mensaje en pantalla con el número de radicado de la solicitud.



4.2 Consulta tramites indemnización

Este módulo permite consultar registros de Auxilio Funerario, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes, Incapacidad Temporal e Incapacidad Permanente Parcial.

Audilio Funerario	Incapacidad Temporal	
Pensiones	Indemnización Por Incapacidad Permanente Parcial	





	CONSULTA PRESTACIONES E	CONOMICAS
Tipo de Tràmites "	Estado Solicitud	Número de Radicado
Autilio Euserario	En Estudo	 SAL20340000186132
Tipo de Documento	Número de Identificación	E Vombre Completo
CEDUCA DE CIUDADANIA	• (nonaxias	CESAR ALIGUSTO PAREDES VIASUS
Fecha Inicio	Fecha Fin	
10/07/2024	020002024	
	H	G
	Borrar Campos	Consultar
0	Borrar Campos	Consultar

Resultado de la Búsqueda

- 1. Botón para ver imágenes de los documentos adjuntos.
- 2. Botón para ver el diagrama de proceso.

N"	DATOS DE RADICACIÓN	DATOS DEL SOLICITANTE	DATOS DEL ASEGURADO	ACCIONES
664	Fechai 08/02/04 10 50 50 AM Radicacion: ChT2/23/030502/16/2 Rame: Cerneplación Panalonal	TipoM* Decemente: OC 1966972219 Nombre Completo: HEIDY VIMANA MARTINEZ RODRIGUEZ Dirección: mile 89 # 23 34 Mexit: 300807807 Departemento: META Menicipión: LEANIAS Informacton Bancania: BANCO DE BOGOTA Tipo Caenta: AHORRO M* de caenta: ID2369052 Nombre Italar de la caenta: HEIDY VIVANA MARTINEZ RODRIGUEZ	Tipus M [*] Documento: CC 52563 Norritre complete: SAMPER ORDOREZ ALAIN Feche Faltecimiento: 10(5:200) Situación: PENSIONADO	
543	Facha: 08/22/28 10 #7 10 #60 Roditarides: Romo: Convutatión Paratonal	TipoM* Decemente: CC 79751922 Nombre Complete: FAVAN ALIBIO ARCOB MONICADA Direction: calle 78 # 23 34 Mexit: 3023989997 Departmenter IMRLA Memicipie: LAARGENTISA Información Bancaria: BAACO DE BOGO1A Tipo Caente: AHORRO M* de cuenta: 321450753 Nombre Italiat de la cuenta: FAVAN ALIBIO ARCOS MONICADA	Tipo/W Documento: CC 32583 Nondre complete: SARPER ORDOREZ ALAIN Fecha Fallecialanto: 38/85/001 Situación: PENSIONADO	





4.2 Siniestros

Este módulo permitirá gestionar reportes de accidentes de trabajo (AT), reportes de enfermedad laboral (EL) y consulta de siniestros.

4.2.1 Reporte de AT

Este módulo permitirá gestionar reportes de accidentes de trabajo (AT).



Al dar clic sobre el titulo se abrirá el formulario de autorización de tratamiento de datos personales, el cual debe ser diligenciado en su totalidad, además de seleccionar SI en cada una de las preguntas para continuar el proceso.





AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S A, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales. Sensibles, Comorciales, niñas, niños y addiecentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado política y procedimientos que se encuentrian publicados en nuestro sito veb para su consulta de acuerdo con el marco normativo estublecido en la Ley 1581 de 2012. Positiva gov.co, que junto con la presente autorización nos permiten hacier uso responsable de sun datos contorne a la ley.

Lo invitantos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autorza el tratamiento de sus datos.

Yo,		:00	CEDULA DE CIUDADANÍA númimo	de la	empresa	con tipo de
documento	Seleccione una opción,	*	y número		11111111111111111111111111111111111111	

DATOS PERSONALES: Autorato expresamente a POSITIVA COMINAÑA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante POSITIVA, para que pueda necolectar, transmit, almacenar usar, cortular suprimir, compartir y actualizar, mis dates personales para las siguientes finalidades (a) suscripción y expecténción de la polítar y el classitudo. (b) autorasción de los sequios, colocación, expecténción y elevación de los sequios, así como la responsación de los contratos, la determinación de primas y la selección de nesgois. (d) pago y miemito/so de simestros (e) cancelación y elevación del sequios, así como la responsación de los contratos, la determinación de primas y la selección de nesgois. (d) pago y miemito/so de simestros (e) cancelación y elevación del seguro. (f) Realizar el análisis para el conhol y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin timitarse a la consulta y reporte a tístas restrictives y a cumbrate de información de resigos financianos (g) elaborar estudios de tocanarles, segurentaciones, orbadistas, analisis de lendencias del mercado y en general, estudios de lácnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobru los servicios prestados por POS/TVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributentas y de regativos contentales, corporativos y contables, (l) La transmisión y Transfurencia del administracción de sestemas, (k) achivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodía de la información y texes de datos de POS/TIVA. (l) el tratamiento de todos aquellon datos episionar en vitual de la milación contractual vigente con "POS/TIVA".

DATOS SENSIBLES; Autorizo expresemente a POSITIVA COMPAÑA DE SEGUROS S.A, a sus Nueles venculadas y/o Terceros contratados, en adelante POSITIVA", para qué pueda: incolectar, transforr, almacenar, par, circular, supprint, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he super la siguente información es considerada como Dato Sensible: estado do satud, valoración peraetestésica, existences imódicos, historia clínica, petologías reconocidas, antecedentes médicos, datos bioimétricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley, mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumptimiento de sus deberes logales. Si O No O

INFORMACION COMERCIAL: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGURDS S.A el envío a mi corree electrónico o celular de Ofertas y Publicidad, así como realizar actividades de mercadee, eventos, capacitaciones, semenarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que publicita llegar a ofinicer. SEO No O

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorico expresamente a POSITIVA COMPAÑÃ DE SEGUROS S.A, a sus filades vinculadas y/o Terceros contratados, em adelante "POSITIVA", para que (i) responda y respete el interéis superior, es decir darechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus darechos fundamentales, de modo que, si ese tratamiento afecta algún derecho constitucional del mienor, no podrá realizarse. Si O No O

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE rectificar, revocar, accedur, solicitar pruoba de la autorización otorgada, reazra consultas gratuítas de mis Datos Personales y derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., a la dires 94 – 72, Sogota, como electrónico: servicioxectiente@positiva gov.co Talétono: 6502200 en Bogota y 018600111170 para el resto Habees Data / Jete Oficina de Estrategia y Deserrolto 51 ○ No ○	E LEGAL: actualizar, conocel, Datos Sensibles, y los dumás coón: Avenida Carrera 45 No. del pars. Contacto: Oficial de
Autorizo tratamiento de los datos, datos sensibles y la política de tratamiento de datos en la ciudad de mayo del año 2024	a los 22 días del mes de
Autorizar No Autorizar	

Después de diligenciar y autorizar el tratamiento de datos personales, el sistema direccionará al formulario de informe para accidente de trabajo, en el cual el usuario podrá observar el historial de AT de la persona consultada.

- 1. Columna con radio botón seleccionable, para desplegar información adicional.
- 2. Campos desplegables.
- 3. Botón para finalizar reporte.







		FORMULAR	ID DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRAI	BAJO		
ipo Documento		'N	umero de Identificación Nombre Traba	jador		
CEDULA DE CIUDAD	ania					
			RELACIONES LABORALES			
5000	cour	TO / Nomero de Identificación	Batte Secal	Tipo du Vinculación	Enlado	
	20	NI / 000167494	ADASAS	Dependiente	Activo	
0.00	3	NL/900128018	OPTIMIZAR SERVICIOS TEMPORALES S.A EN LIQUIDACIÓN JU	DICIAL Dependiente	inactivo	
	5%	NE/900489574	MY SEO COMPANY SAS	Dependiente	Activo	
	02	NF/900489674	MY SEO COMPANY SAS	Independente	inactivo	
0	C	NI / 901073883	CONSORCIO LA CAROLA JHA	Dependients	inactivo	
Fi informa da ara	rita-la da	l	ORMULARIO AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO	responsibilitar o delarandos o del 1	abalative indexes	
variables no pod Natos Empresa	tán sar ma	dificadas por persóna o entidad algun	a para po por so opraco de la comunicación	a.		~
Datos del Trabaja	ador					v
Descripcion del	Acciden	te de Trabajo				<u>v</u>
	anha dia '	Trabaio 💋				~
IV. Datos del Accide	ining All.					

4.1.3 Reporte de EL

Este módulo permitirá gestionar reportes de enfermedad laboral (EL).







Al dar clic sobre el titulo se abrirá el formulario de autorización de tratamiento de datos personales, el cual debe ser diligenciado en su totalidad, además de seleccionar SI en cada una de las preguntas.



DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: HISTORIA DE USUARIO Y CRITERIOS DE ACEPTACIÓN www.ada.co | info@ada.co | Nit: 800 167 494-4 Carrera 51 No. 9C Sur - 85 Ofc. 201 Multicentro Guayabal - PBX + (574) 403 5241 - Medellín Calle 45 No. 66B - 15 Salitre El Greco - PBX +(571) 443 2460 - Bogotá recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" hava celebrado contratos. (i) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (I) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".



Si

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración pre anestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.





	the second se
Si 🖲 No 🔿	
INFORMACION COMERCIAL ; Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A el envío a mi correo electrónico o celular de: Ofertas y Publicidad, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a ofrecer.	
Si 🖲 No 🔾	
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que: (i) responda y respete el interés superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que HISTORIA DE USUARIO Y CRITERIOS DE ACEPTACIÓN www.ada.co info@ada.co Nit: 800 167 494-4 Carrera 51 No. 9C Sur - 85 Ofc. 201 Multicentro Guayabal - PBX + (574) 403 5241 - Medellín Calle 45 No. 66B – 15 Salitre El Greco - PBX + (571) 443 2460 - Bogotá asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo que, si ese tratamiento afecta algún derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.	
Si 💿 No 🔿	
DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULARO REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co Teléfono: 6502200 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo.	
Si 🖲 No 🔾	
Autorizo tratamiento de los datos, datos sensibles y la política de tratamiento de datos en la ciudad de Medellin a los 23 días del mes de Mayo del año 2024. H	

Al final del formulario autorización de datos personales el usuario encontrará cuatro botones, se debe dar clic en "Autorizar" para finalizar esta sección.

Formulario Informe para Enfermedad Laboral

Una vez diligenciado y autorizado el tratamiento de datos personales el sistema direccionará al formulario de informe para enfermedad laboral.

- 1. Campo desplegable tipo de documento.
- 2. Digitar el número de documento.
- 3. Lupa para que al dar clic el sistema busque y muestre la información en el campo "Nombre Trabajador".
- 4. Botón "Consultar". El sistema mostrará el historial de relaciones laborales.





Po	RMULARIO DE INFORME PARA ENFEI	IMEDAD LABORAL	
lipo de documento	Número de Identificación	Nombre Trabajador	
200LA DE CIUDADAMA	1		
0	2 Canaltar	3	

Luego de presionar el botón "Consultar" el sistema mostrará un mensaje indicando si encontró relaciones laborales.

Tipo de documento CEDUCA DE CIUDADANIA		*Número de identificación	Noribre Trabajador	
Selection	Thillippens by th	Estimado Usuario Se encontraron 5 relaciones laborales	Their de Viens dachie	<u>11000</u>
	F# - 800 997	PERRAR	DepartSette	Aging
	N# - 5021284	Constant of the second	Departmente	mathin
	tir - 900409574	MY SED CONFIMIY SAS	Dependente	Adke
	N# - 800488674	MY SED COMPANY SAS	Independents	wathro
	and the second second	CONTRACTOR A CONTRACTOR	Part of the second	140500

- 5. Botón radio para seleccionar la relación laboral.
- 6. Desplegables con información adicional, al dar clic en alguno de ellos se puede observar información mas detallada.
- 7. Botón para "Cancelar Registro Enfermedad Laboral", se encuentra después del desplegable VIII Anexos.
- 8. Botón para guardar y continuar.



Un producto de



	FORMULAR	O DE INFORME PARA ENFERMEDAD LAB	DRAL.	
Tipo de documento	* NG	mero de Identificación	Nombre Trabajador	
CÉDULA DE CIUCAD	ianéa 🔹 🔹	9		
		Consultar		
	DATOS D	E LA EMPRESA CON RELACIÓN LABORAL ACTIV	A	
Soleccionar	T(I/Nomero de Identificación	Razin Social	Tipo de Vinculación	Estado
•	NI - 300167494	ADA S.A.S	Dependente	Az9ya
0	NI - 800120018	OPTINIZAR SERVICIOS TEMPORALES S A- EN LIQUIDACION JUDICIAL MY SEO CONPANY SAS	Dependiente	Inactive Active
0	NI - 500486574			
O M-900488574		MY SED COMPANY SAS	Independiente	Inactive
0	14 - 901073893	CONSORCIO LA CAROLA JHA	Dependiente	hactive
El informe de anti del trabajador ied os de la empresa	ermedual 6 sus samatass en	NULARIO AVISO DE ENFERMEDAD LARORAR forma completa, por parte del originador, comutante- mochicadas por persona o entitad arguna.	o de sus inspectivos representantes	s e delegados e
os del Trabajador				
lormación de la Enfe	ermedad Laboral			
lormación sobre fact	ores de Riesgo Asociado con la(s) Enfe	medade(s)		
ormación sobre Eval	uaciones Médicas Ocupacionales Reali	zadas al Trabajador		
Ionitoreos Relacionar	dos con la Enfarmedad			
Responsables del Info	ome			
Anexos				
		CANCELAR REGISTRO ENFERMEDAD LABORAL	-7	





-	of strength of the		
1.01	dos de l	In entropy	

los de la empresa			
po de vinculación laboral	TD Número de Indentificación	Razón Social	
Dependiente	NI - 800167494	ADA S.A.S	
ctividad Económica			
TRAS ACTIVIDADES DE LAS TECNOLO TRAS PARTES, INCLUYE LA RECUPER	IGIAS DE INFORMACION Y LAS ACTIVIDADES RELACI ACION DE LA INFORMACION DE LOS ORDENADORES	ONADAS CON INFORMATICA NO CLASIFICADAS EN EN CASOS DE DESASTRE INFORMATICO,	•
idigo Actividad Económica	Departamento	Municipio	
1620901		MEDELLIN	
na	Direction	Teléfono	
)	KR 35 A 15 B 35 OF 501	4444232	
reo electrónico	Correo electr	inico alterno	
NLENTOHUMANO@ADA.CO			
NTRO DE TRABAJO DONDE LABORA E	EL TRABAJADOR		
Son los datos del centro de trabajo los n	mismos de la sede principal? Si 🐑 No 🤅	8	
	GUARDAR Y CONTINUAR		

Información sobre factores de Riesgo Asociado con la(s) Enfermedad(es)

Para realizar una consulta o agregar información adicional, se deben seguir los siguientes pasos:

- 9. Columnas con factores de riesgo seleccionables.
- 10. Seleccionar el tipo de documento.
- 11. Digitar el número de identificación.
- 12. Digitar la razón social.
- 13. Digitar el tipo de riesgo.
- 14. Digitar el tiempo de exposición en meses.
- 15. Botón para insertar tabla de riesgos.
- 16. Información de la tabla de riesgos.
- 17. Dar clic en el botón guardar y continuar.
- 18. Botón para eliminar el registro.



Un producto de



IV Información sobre factores de Riesgo Asociado con la(s) Enfermediade(s)



4.1.3 Consulta Siniestros

Este módulo permitirá consultar siniestros.







Al entrar en el módulo Consulta Siniestros, el sistema muestra la información del usuario logueado con los siniestros relacionados.

			CONSULTA DE S	INIESTROS			
CEDULA	Tipo Docur DE CIUDADANÍA	nento N	umero de Documento 000203478	Trabajador	Nombre Comlet	e IUÑOZ	
ID Siniestra	Fecha Radicación	Tipo/N" Documento Empresa	Razon Social	Tipo Siniestro	Estado Calificación	Tipo de Vinculación	Acciones

