



ALISSTA
gestión a tu alcance

www.alissta.gov.co

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	9
4. Menú Principal	10
4.1 Prestaciones Económicas	10
4.1.1. Auxilio Funerario	10
4.1.2 Pensiones	16
4.1.3 Incapacidad Permanente Parcial.....	24
4.1.4 Incapacidad Temporal.....	30
4.2 Consulta tramites indemnización.....	37
4.2 Siniestros	39
4.2.1 Reporte de AT.....	39
4.1.3 Reporte de EL.....	41
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.

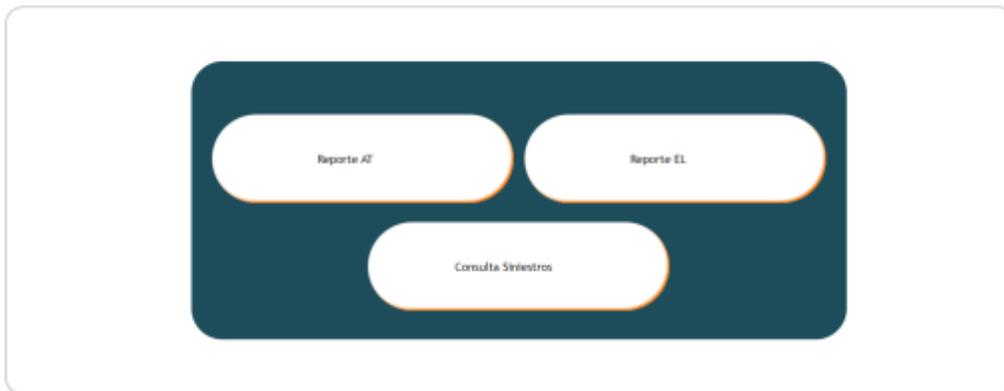


- a. El usuario tiene la opción de registrarse en el sistema, debe dar clic al enlace “Registrarse” y diligenciar el formulario llamado “Registro del solicitante”.

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).



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.



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

Recordar Clave

Tipo de Verificación Usario: [dropdown menu]

IP Verificación Usario: [input field]

Tu PIN ha sido enviado al correo electrónico registrado en el sistema. Verifica e ingresa el PIN de ese (s) correo al dar clic en la casilla a continuación. Recuerda que debe coincidirlo por completo con el PIN.

Pin: [input field]

Verificación: [input field]

No soy un robot

Recuerda que es importante validar el reCAPTCHA antes de solicitar el restablecimiento de clave.

[Aceptar] [Cancelar]

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.

Recordar Contraseña

Ingrese su nueva contraseña: [input field]

Confirme su nueva contraseña: [input field]

Acepto los Términos y Condiciones

La contraseña debe cumplir las siguientes condiciones:

1. Una longitud entre 8 y 16 caracteres
2. Al menos un carácter especial (*-!@#\$%)
3. Al menos una letra minúscula
4. Al menos una letra mayúscula
5. Al menos un número

[Cambiar]

3. Barra de herramientas y botones

BOTÓN	NOMBRE	ACCIÓN
	EDITAR	Botón que permite realizar una edición completa del registro seleccionado.
	ELIMINAR	Sirve para eliminar el registro o los diferentes registros que hayan sido seleccionados.
	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.
	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	Botón de cancelación u acción de cancelación.
 ACEPTAR	Botón de aceptar u acción de aceptar.
 INFORMACIÓN	Botón de información u acción de información.
	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 título 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:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: Positiva.gov.co, que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley. Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

Yo, con CC número autorizo

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 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 d 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" haya celebrado contratos. **(j)** 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. **(l)** el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

Si No

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 preanestésica, 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.

Si No

INFORMACIÓN 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 mercados, 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 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 TITULAR O 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: (601) 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 póliza de tratamiento de datos en la ciudad de:

a los (24) días del mes de Mayo del año 2024

AUTORIZAR

NO 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

INFORMACIÓN DEL FALLECIDO (Todos los campos son obligatorios)

* Ramo Es la prestación económica reconocida a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro de un pensionado o afiliado al sistema general de riesgos laborales

Riesgos Laborales

* Tipo Documento del Asegurado

CÉDULA DE CIUDADANÍA

* No de Documento del Asegurado

* Nombre(s) del Asegurado

* Apellido(s) del Asegurado

VIASUS RUEDA

* Fecha del Fallecimiento DD/MM/AAAA

19/01/2021

* Situación del Fallecimiento

Pensionado Afiliado

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 “Dígite Código”.
17. Finalmente dar clic en el botón “Continuar” para seguir con la solicitud.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

* ¿ El solicitante es el mismo titular de la factura ? 6

SI No

* Tipo Documento del Solicitante 7 * No de Documento del Solicitante 8 * Nombre Completo del Solicitante 10

CÉDULA DE CIUDADANÍA [Lupa] [Nombre Completo]

* ¿ El solicitante es el mismo titular de la cuenta ? 11

SI No

* Tipo Documento Titular de la Cuenta 12 * No de Documento Titular de la Cuenta 13 * Nombre Titular de la Cuenta 15

CÉDULA DE CIUDADANÍA [Lupa] [Nombre Titular]

* Nombre de la Entidad Bancaria * Tipo de Cuenta * Número de la Cuenta

BANCO DAVIVIENDA SA Ahorros Corriente 070803998

* Departamento * Municipio * Dirección de Notificaciones

BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ D.C. Calle 27 # 07 - 22

* Teléfono * Número de Contacto

Fijo Móvil 3204405555

* Correo Electrónico 16 * Dígite Código

[Correo Electrónico] 955707

17 Continuar 18 Salir



Luego de diligenciar el formulario saldrá un mensaje que le indicará continuar con el cargue de archivos.



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.

CARGUE DE ARCHIVOS

Información del Solicitante	Información del Pafóchito	Formulario	Haberes Data	Respuesta
	VIASUS RUEDA			

Documentos para realizar la solicitud **18**

Seleccione una opción

Elegir archivos **19** Ningún archivo seleccionado

CARGAR **20**

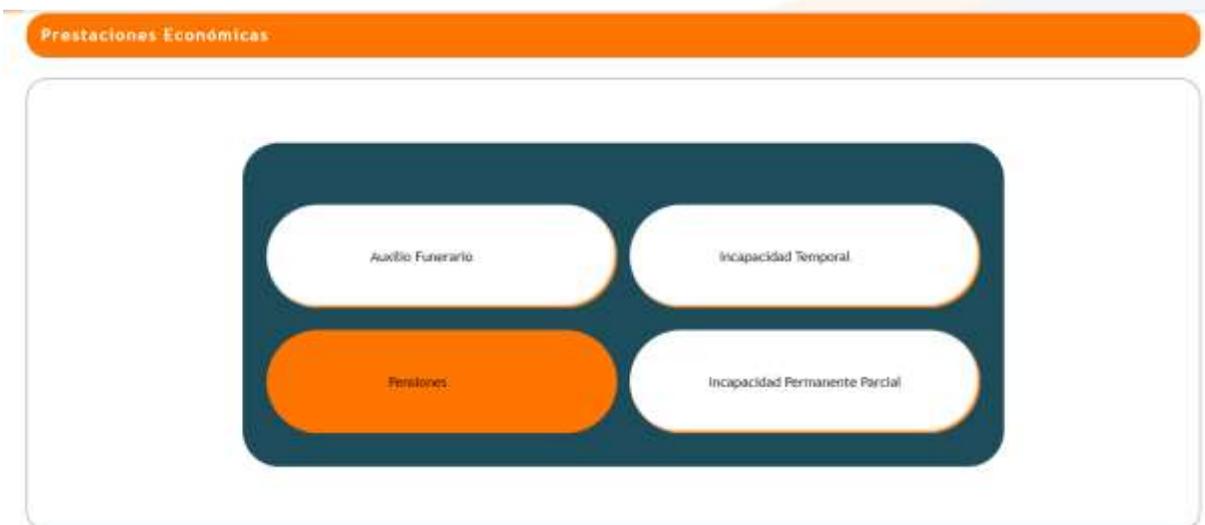
TIPO DE DOCUMENTO	ARCHIVO	ACCIONES
		REGRESAR 22
		RADICAR 21

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:



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.



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

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, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012. Positiva.gov.co, que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley. Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

Yo, con CC número autorizo

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: 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 clausurado **(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" haya celebrado contratos. **(j)** 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 **(l)** el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

Si No

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 preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, región, política, y será tratado 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.

Si No

INFORMACIÓN 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 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 TITULAR O 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: (601) 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:

a los (24) días del mes de Mayo del año 2024.

AUTORIZAR

NO AUTORIZAR

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

1. 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.



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 “Dígite Código”.
13. Botón opcional para agregar un número adicional de contacto.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Todos los campos marcados con * son obligatorios)

* Tipo de Solicitante 7
BENEFICIARIO

* Tipo de Documento Solicitante 8
CÉDULA DE CIUDADANA

* Departamento
BOGOTÁ D.C.

* Dirección de Notificaciones
calle 50 # 27 - 17

* Número de Teléfono
601 3402020

* N° de Documento del Solicitante 9
[Campo vacío]

* Municipio 10
BOGOTÁ D.C.

* Correo Electrónico
[Campo vacío] @gmail.com

* Número de Celular
3204440000

* Nombre Completo del Solicitante 11
[Campo vacío]

* Digite Código 12
[Campo vacío]

Adicionar Telefono 13



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.

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS [Todos los campos marcados con * son obligatorios]

* Tipo Doc. Beneficiario 14: CÉDULA DE CIUDADANÍA

* No Doc. Beneficiario 15: [Campo vacío]

* Nombre Completo Beneficiario 16: [Campo vacío]

* Parentesco 18: HIJO

* Fecha de Nacimiento: [Campo vacío]

* Dirección del Beneficiario: [Campo vacío]

* Departamento: BOGOTÁ D.C.

* Municipio: BOGOTÁ D.C.

* Correo Electrónico: [Campo vacío]

* Número de Teléfono: 601 [Campo vacío]

* Número Celular: [Campo vacío]

Adicionar Telefono 19

Adicionar 20

Continuar 20

Salir 21

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



1 / 2 | - + ↺

FORMATO
AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO
PENSIÓN DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES

 **POSITIVA**
COMPAÑIA DE SEGUROS

FECHA 2024/05/22

Nombre Afiliado CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS
No. Documento Afiliado 80883125

Yo CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS CC 80983135

en nombre propio y en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA COMPANIA 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 las Pensiones de Invalidez", se modifique total o parcialmente el oficio mediante el cual se reconoció la Pensión de Invalidez, 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 económica inicial persisten

NOMBRE:
CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS

Dirección de contacto: calle 70 # 45 - 85

Ciudad de contacto: BOGOTA D.C. BOGOTA D.C.

Telefono de contacto: 601 3084040 / 326709090

SI NO

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).

CARGUE DE ARCHIVOS

Documentos Asegurado

Estimado usuario
Por favor revise los documentos que cuenta con el símbolo de * ya que estos son obligatorios para gestionar su solicitud.

Tipo Reconocimiento	Tipo/Número del Asegurado	Acciones
PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES	CC - 27960911 AIDEE MARIA VASUS RUEDA	

Nombre de Documento: Acciones:

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 DE ARCHIVOS

Documentos Asegurado

Documentos Solicitante

Estimado usuario
Por favor revise los documentos que cuenta con el símbolo de * ya que estos son obligatorios para gestionar su solicitud.

Tipo Reconocimiento	Tipo/Número del Solicitante
PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES	CC - [REDACTED]

Documentos para realizar la solicitud

* Fotocopia del documento de identidad Elegir archivos | ningún archivo subido CARGAR

Nombre de Documento	Acciones
* Fotocopia 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 “Radicular”, dar clic cuando estén cargados todos los documentos del asegurado, solicitante y beneficiario.
32. Botón “Regresar” para cancelar la solicitud.

La imagen muestra una interfaz de usuario titulada "CARGUE DE ARCHIVOS". En la parte superior, hay un menú desplegable con tres opciones: "Documentos Asegurado", "Documentos Solicitante" y "Documentos Beneficiario 1". Debajo de esto, un mensaje indica al usuario que revise los documentos que contienen el símbolo de * ya que estos son obligatorios para gestionar su solicitud. A continuación, hay un formulario con tres campos: "Tipo Reconocimiento" (con el valor "PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES"), "Tipo/Número del beneficiario" (con el valor "TI-") y "Tipo de parentesco" (con el valor "HUGO").

Debajo del formulario, se encuentra un desplegable con el texto "--Seleccione una opción--" (anotado con el número 28), un campo de texto con el botón "Elegir archivos" y el texto "Ningún archivo selec." (anotado con el número 29), y un botón "CARGAR" (anotado con el número 30). En la parte inferior, hay un botón "REGRESAR" (anotado con el número 32) y un botón "RADICAR" (anotado con el número 31).

Nombre de Documento	Acciones
---------------------	----------

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



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.

Prestaciones Económicas



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 Data formulario solicitud de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP)

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES:

Para POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: positiva.gov.co; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

Yo, con número: Representante Legal
 de (si aplica): con doc. de identidad Número

DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: 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" haya celebrado contratos; (j) 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; (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

Si **No**

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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 preanestésica, 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.

Si **No**



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 ?

Si No

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

* Tipo Documento del Asegurado

* Número de Documento del Asegurado

* Nombres del Asegurado

* Apellidos del Asegurado

* Departamento

* Municipio

* Dirección de Notificaciones

* Teléfono Fijo Móvil

* Número de Contacto

* Correo Electrónico

* Digite código de verificación

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 ?

Si No

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Todos los campos son obligatorios)

* Tipo Documento del Asegurado

* Número de Documento del Asegurado

* Nombres del Asegurado

* Apellidos del Asegurado

* Departamento

* Municipio

* Dirección de Notificaciones

* Teléfono Fijo Móvil

* Número de Contacto

* Correo Electrónico
Correo Valido

* Digite código de verificación

DATOS DE LA CALIFICACIÓN

Selección de Siniestro	Información de la empresa	Fecha Del Siniestro	Tipo
<input checked="" type="radio"/>	AGROSERVICIOS S Y A S A S	12-11-2020	AT
<input type="radio"/>	AGROSERVICIOS S Y A S A S	20-02-2021	AT
<input type="radio"/>	AGROSERVICIOS S Y A S A S	07-08-2021	AT

4

Dictamen en firme preferido por: POSITIVA

Fecha del Dictamen: 30-02-2021

PCL: 0.0

Tipo Siniestro: AT

Fecha del Siniestro: 12-11-2020

Fecha Estructuración PCL: 12-11-2020

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

* ¿El solicitante es el mismo afiliado? SI NO

* Tipo Documento del Solicitante: CÉDULA DE CIUDADANÍA

* Número de Documento del Solicitante: 70047497

* Nombres del Solicitante: LUIS ANTONIO

* Apellidos del Solicitante: GARCIA SOLIS

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.

INFORMACIÓN BANCARIA (Todos los campos son obligatorios)

* Los datos bancarios registrados deben corresponder al Afiliado, recuerde que por seguridad no es posible realizar pago a terceras personas

* Entidad Bancaria: BANCO GARCIMENDIA SA

* Tipo de Cuenta: Ahorros

* No De Cuenta: 070000000000

* Nombre Titular de la cuenta: LUIS ANTONIO GARCIA SOLIS

Continuar

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.



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



The image shows a screenshot of a validation form titled "VALIDACIONES RADICADOR". It contains two questions with radio button options:

1: ¿ El formato está en perfecto estado ? SI NO 2: ¿ La Incapacidad está en perfecto estado ? SI NO

At the bottom of the form, there is a grey button labeled "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.

AVISO DE PRIVACIDAD - HABEAS DATA, AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES

AVISO DE PRIVACIDAD - HABEAS DATA, AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales y/o Datos Sensibles de nuestros clientes, es por eso que "POSITIVA" ha diseñado políticas y procedimientos que para mayor claridad estén en el "ABC del Habeas Data" en nuestra página web: <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeasdata/Paginas/Politica-informacion.aspx> (Ley 1581 de 2012) que junto con la presente **autorización** nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley; lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos:

Yo, Oscar Albarracín con CÉDULA DE CIUDADANÍA número
Representante Legal de(si aplica) **COTI** **Selección una opción...** número

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, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis **datos personales** para las siguientes finalidades: **(a)** Solicitud y expedición de la póliza y el clausulado; **(b)** Autorización de servicio; **(c)** Cotización, colocación y ejecución de los seguros de POSITIVA, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y de lavado 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"

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis **DATOS PERSONALES:**

Si **4** No

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.

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis **DATOS SENSIBLES:**

Si No

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O 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, como electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co Teléfono: 6502290 en Bogotá y 016000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo.

Se firma la presente autorización en: la ciudad de Medellín
a los (27) días del mes de Mayo del año 2024

AUTORIZAR
NO AUTORIZAR

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 y apellidos del solicitante.
6. Nombre del solicitante.
7. Radio botón para seleccionar el tipo de teléfono, con el cual se habilitará el campo “numero de contacto”.

FORMULARIO SOLICITUD INCAPACIDAD TEMPORAL

* Las reclamaciones de Incapacidades temporales prescriben en un máximo de (3) tres años, contados a partir de la fecha de inicio de la Incapacidad

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

* ¿ El solicitante autorizó el tratamiento de datos personales ?

Si No ← 6

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

* Tipo Solicitante 2
independiente

* Tipo Documento del Solicitante 3
CÉDULA DE CIUDADANÍA

* No de Documento del Solicitante 4

* Nombre Completo del Solicitante 6
Oscar A. Barrera

* Departamento
BOGOTÁ D.C.

* Municipio
BOGOTÁ D.C.

* Dirección de Notificaciones
calle 77 # 35 - 02

* Teléfono
Fijo Móvil ← 7

* Número de Contacto

* Correo Electrónico

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.

The screenshot shows a form titled 'INFORMACIÓN BANCARIA' with the following fields and controls:

- 8: Radio button for '¿El solicitante es el mismo titular de la cuenta?' (Yes/No).
- 9: Dropdown menu for 'Tipo Documento Titular de la Cuenta' (CÉDULA DE CIUDADANÍA).
- 10: Text input for 'No de Documento Titular de la Cuenta' (80883135).
- 11: Search icon (lupa) for the document number field.
- 12: Text input for 'Nombre Titular de la Cuenta' (CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS).
- 13: Dropdown menu for 'Nombre de la Entidad Bancaria' (BANCO OAVIVIENDA SA).
- 14: Radio button for 'Tipo de Cuenta' (Ahorros/Corriente).
- 15: Text input for 'Número de la Cuenta' (67060009).

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.



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.

Adicionar Incapacidad

* Tipo Documento del incapacitado
CÉDULA DE CIUDADANÍA

* No de Documento del incapacitado
80683135

* Nombre Completo del incapacitado
CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS

* ¿ El accidente ocurrió en otra empresa ?
SI No

Seleccione	Información Empresa	Fecha Siniestro	Tipo
<input checked="" type="radio"/>	NI-19106830 ISAURO QUEVEDO MORENO	2012/10/09 00:00:00	AT

Fecha Inicial Incapacidad: 09/10/2012

Fecha Final Incapacidad: 20/10/2012

Días Incapacidad: 11

Fecha Expedición Incapacidad: 27/05/2024

* Diagnóstico: A030

* Nombre del Diagnóstico: SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA DYSENTERIAE

Adicionar incapacidad

Cerrar



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:

DATOS DE LA EMPRESA (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

* Tipo Documento: NIT * No Documento Empresa: * Razón Social: POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS SA

DATOS DE LA INCAPACIDAD (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Adicionar Incapacidad

No.	Paciente	Fecha Expedición Incapacidad	Fecha final Incapacidad	No. Días Incapacidad	Diagnostico	Estado	ACCIONES
1	CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS (Fecha del Seguro : 2012/10/09)	10/10/2012	09/10/2012	20	SHIGELLOSIS DEBIDA A SHIGELLA DYSENTERIAE	OK	

Continuar Salir

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.

CARGUE DE ARCHIVOS

Seleccionar	Información del incapacitado	Fecha Inicio Incapacidad	Firmado por	Fecha de Data	Respuesta
	CC 80681135 CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS	10/10/2012			

Documentos para realizar la solicitud

Seleccionar una opción...

Documento: CC 80681135 CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS Fecha Inicio Incapacidad: 10/10/2012

TIPO DE DOCUMENTO	ARCHIVO	ACCIONES

REGRESAR RADICAR

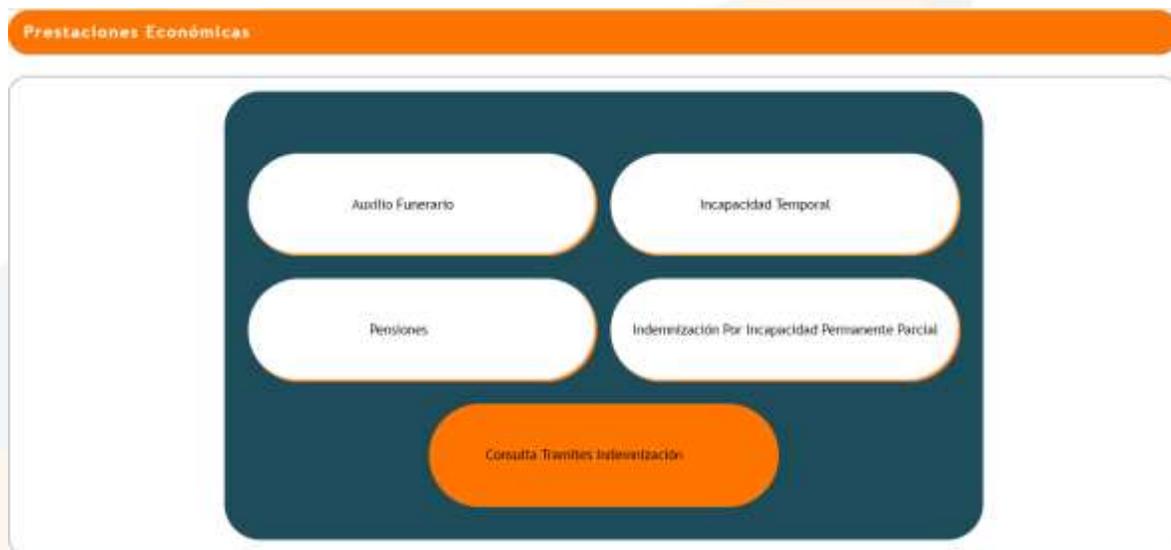
Una vez completos los documentos, dar clic en el botón “Radicar” para finalizar el proceso.

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.



CONSULTA PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Trámites A

Asueto Funerario

Estado Solicitud B

En Estudio

Número de Radicado C

SAI.20240000186132

Tipo de Documento D

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de Identificación E

80883125

Nombre Completo

CESAR AUGUSTO PAREDES VIASUS

Fecha Inicio

10/07/2024

Fecha Fin

02/08/2024

Borrar Campos H

Consultar G

Resultado de la Búsqueda

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

RESULTADO DE LA CONSULTA

Exportar a Excel

N°	DATOS DE RADICACIÓN	DATOS DEL SOLICITANTE	DATOS DEL ASEGURADO	ACCIONES
550	<p>Fecha: 08/22/24 10:50:50 AM</p> <p>Radición: ENT26240360257862</p> <p>Ramo: Consultación Pensional</p>	<p>Tipo N° Documento: CC 1968972219</p> <p>Nombre Completo: HEIDY VIVIANA MARTINEZ RODRIGUEZ</p> <p>Dirección: calle 89 # 23 34</p> <p>Movil: 3208907867</p> <p>Departamento: META</p> <p>Municipio: LEJANIAS</p> <p>Información Bancaria: BANCO DE BOGOTÁ</p> <p>Tipo Cuenta: AHORRO</p> <p>N° de cuenta: 012369852</p> <p>Nombre titular de la cuenta: HEIDY VIVIANA MARTINEZ RODRIGUEZ</p>	<p>Tipo N° Documento: CC 32583</p> <p>Nombre completo: SAMPER ORDOÑEZ ALAIN</p> <p>Fecha Fallecimiento: 16/05/2001</p> <p>Situación: PENSIONADO</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">1</div> <div style="margin-bottom: 10px;"></div> <div style="margin-bottom: 10px;"></div> <div>2</div> </div>
549	<p>Fecha: 08/22/24 10:47:10 AM</p> <p>Radición:</p> <p>Ramo: Consultación Pensional</p>	<p>Tipo N° Documento: CC 79751922</p> <p>Nombre Completo: FAVIAN ALIRIO ARCOS MONCADA</p> <p>Dirección: calle 78 # 23 34</p> <p>Movil: 3028969987</p> <p>Departamento: HUILA</p> <p>Municipio: LA ARGENTINA</p> <p>Información Bancaria: BANCO DE BOGOTÁ</p> <p>Tipo Cuenta: AHORRO</p> <p>N° de cuenta: 321466753</p> <p>Nombre titular de la cuenta: FAVIAN ALIRIO ARCOS MONCADA</p>	<p>Tipo N° Documento: CC 32583</p> <p>Nombre completo: SAMPER ORDOÑEZ ALAIN</p> <p>Fecha Fallecimiento: 16/05/2001</p> <p>Situación: PENSIONADO</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;"></div> <div></div> </div>

Cantidad de registros: 15

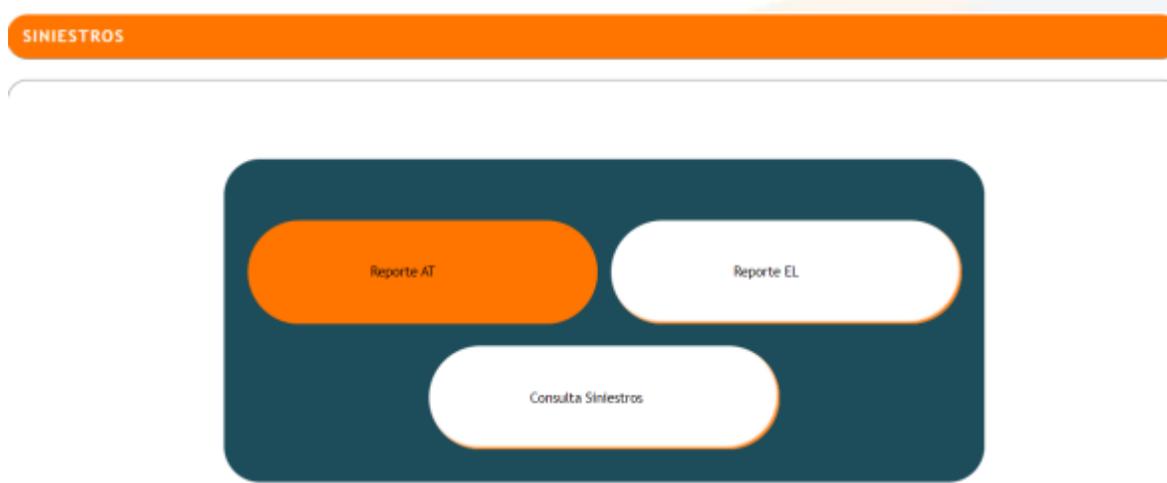
1
2
3
<< >>

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 título 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, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012. Positiva.gov.co, que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

Yo, con con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número: de la empresa con tipo de documento Seleccione una opción... y número

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 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 controles 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 los 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" haya celebrado contratos. (j) 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. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA"

Si No

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 preanestésica, 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.

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 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 TITULAR O 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 01800111170 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 a los 22 días del mes de **mayo** del año 2024.

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.

FORMULARIO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO

*Tipo Documento: *Número de Identificación: Nombre Trabajador:

RELACIONES LABORALES

Selección	TD / Número de Identificación	Razón Social	Tipo de Vinculación	Estatus
<input type="radio"/>	N / 900167484	ADA S.A.S	Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	N / 900128618	OPTIMIZAR SERVICIOS TEMPORALES S.A - EN LIQUIDACION JUDICIAL	Dependiente	Inactivo
<input type="radio"/>	N / 900485574	MY SEO COMPANY SAS	Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	N / 900485674	MY SEO COMPANY SAS	Independiente	Inactivo
<input type="radio"/>	N / 901073893	CONSORCIO LA CAROLAJHA	Dependiente	Inactivo

FORMULARIO AVISO ACCIDENTE DE TRABAJO

El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados o del trabajador independiente, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

- I. Datos Empresa
- II. Datos del Trabajador
- III. Descripción del Accidente de Trabajo
- IV. Datos del Accidente de Trabajo
- V. Anexos

4.1.3 Reporte de EL

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

SINIESTROS

Reporte AT

Reporte EL

Consulta Sinistros

Al dar clic sobre el título 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.

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, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: Positiva.gov.co; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

Yo, con número de la empresa con número

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" haya celebrado contratos. (j) 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. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

Si No

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.

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 a los **23** días del mes de **Mayo** del año **2024**.

J **G** **H** **I**

Regresar AUTORIZAR NO AUTORIZAR No Aplica

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.

FORMULARIO DE INFORME PARA ENFERMEDAD LABORAL

* Tipo de documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA

* Número de identificación: [input type="text"]

Nombre Trabajador: [input type="text"]

[Botón Consultar]

1: Tipo de documento, 2: Número de identificación, 3: Nombre Trabajador, 4: Botón Consultar

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

FORMULARIO DE INFORME PARA ENFERMEDAD LABORAL

* Tipo de documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA

* Número de identificación: [input type="text"]

Nombre Trabajador: [input type="text"]

[Botón Consultar]

Estimado Usuario
Se encontraron 5 relaciones laborales

[Botón CERRAR]

Seleccionar	ID Número de identificación	Nombre	Tipo de Vinculación	Estado
<input type="radio"/>	IF - 802197		Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	IF - 503128		Dependiente	Inactivo
<input type="radio"/>	IF - 80489674	MY SEO COMPANY SAS	Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	IF - 80489674	MY SEO COMPANY SAS	Independiente	Inactivo
<input type="radio"/>	IF - 801873893	CONSORCIO LA CAROLAJHA	Dependiente	Inactivo

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.

FORMULARIO DE INFORME PARA ENFERMEDAD LABORAL

* Tipo de documento

* Número de identificación

Nombre Trabajador

DATOS DE LA EMPRESA CON RELACIÓN LABORAL ACTIVA

Seleccionar	TID/Número de identificación	Razón Social	Tipo de Vinculación	Estado
<input checked="" type="radio"/>	N - 800187494	ADA S.A.S	Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	N - 900126018	OPTIMIZAR SERVICIOS TEMPORALES S.A - EN LIQUIDACION JUDICIAL	Dependiente	Inactivo
<input type="radio"/>	N - 900488574	MY SED COMPANY SAS	Dependiente	Activo
<input type="radio"/>	N - 900488574	MY SED COMPANY SAS	Independiente	Inactivo
<input type="radio"/>	N - 901073883	CONSORCIO LA CAROLA SPA	Dependiente	Inactivo

FORMULARIO AVISO DE ENFERMEDAD LABORAL

El informe de enfermedad laboral deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados o del trabajador independiente, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

- I. Datos de la empresa
▶
- II. Datos del Trabajador
▶
- III. Información de la Enfermedad Laboral
▶
- IV. Información sobre factores de Riesgo Asociado con la(s) Enfermedad(es).
▶
- V. Información sobre Evaluaciones Médicas Ocupacionales Realizadas al Trabajador
▶
- VI. Monitoreos Relacionados con la Enfermedad
▶
- VII. Responsables del Informe
▶
- VIII. Anexos
▶

I. Datos de la empresa

Tipo de vinculación laboral Dependiente	TD Número de identificación NI - 800167494	Razón Social ADA S.A.S
Actividad Económica OTRAS ACTIVIDADES DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON INFORMATICA NO CLASIFICADAS EN OTRAS PARTES, INCLUYE LA RECUPERACION DE LA INFORMACION DE LOS ORDENADORES EN CASOS DE DESASTRE INFORMATICO.		
Código Actividad Económica 1620901	Departamento ANTIOQUIA	Municipio MEDELLIN
Zona U	Dirección KR 35 A 15 B 35 OF 501	Teléfono 4444232
Correo electrónico TALENTOHUMANO@ADA.CO	Correo electrónico alternativo	

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

* ¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? Sí 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.

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

FACTORES DE RIESGOS
 Seleccione y/o ingrese los factores de riesgo que está asociado con la enfermedad laboral, ninguno es de carácter obligatorio.

Químico	Físico	Biológico	Ambiental	Ergonómico	Psicosocial
<input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Rocíos <input type="checkbox"/> Nebulinas <input type="checkbox"/> Fibras <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Vibraciones <input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Radiaciones no ionizantes <input type="checkbox"/> Posiciones anómalas <input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo <input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Bacterias <input type="checkbox"/> Hongos <input type="checkbox"/> Parasitas <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales <input type="checkbox"/> Inadecuada Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras y Residuos Peligrosos <input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	<input type="text"/> Observación <input type="text"/>	<input type="text"/> Observación <input type="text"/>

EMPRESA CON LA CUAL EL TRABAJADOR ESTUVO O ESTA EXPUESTO

Tipo de Documento CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	Razón Social
Tipo de Riesgo	Tiempo de exposición(meses)	<input type="button" value="+"/>

ID / N° Empresa	Razón Social	Meses Exposición	Factor de riesgo	Acciones
91-860011153	Positiva	1	Físico, Químico	<input type="button" value="ⓘ"/>

Total 1

GUARDAR Y CONTINUAR

4.1.3 Consulta Siniestros

Este módulo permitirá consultar siniestros.

SINIESTROS

Reporte AT

Reporte EL

Consulta Siniestros

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

CONSULTA DE SINIESTROS

Tipo Documento	Número de Documento Trabajador	Nombre Completo
CEDULA DE CIUDADANIA	1000203478	JUAN ESTEBAN VILLA MUÑOZ

ID Siniestro	Fecha Radicación	Tipo/N° Documento Empresa	Razon Social	Tipo Siniestro	Estado Calificación	Tipo de Vinculación	Acciones
--------------	------------------	---------------------------	--------------	----------------	---------------------	---------------------	----------