



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Código MIS-4-1-3-FR07 Versión 08

Clasificación: Pública



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

INCAPACIDAD TEMPORAL

CONTINUAR



INCAPACIDAD TEMPORAL

Ingresa al Portal Transaccional con el usuario y contraseña asignado:



Soporte en Línea

Iniciar Sesión

Usuario

Contraseña

¿Olvidó su Contraseña?

Ingresar

Registrarse

PTI

 **POSITIVA**
COMPANIA DE SEGUROS

Ingresa con el
usuario (número
de documento)

Ingresa con la
contraseña
asignada

INCAPACIDAD TEMPORAL

Seleccione la opción de trabajador



Seleccione una opción de acuerdo al trámite que necesite realizar

ACCEDER COMO:



EMPLEADOR



TRABAJADOR



OFICINA VIRTUAL

INCAPACIDAD TEMPORAL

The screenshot shows the Positiva web portal interface. At the top, there is a header with the 'desk' logo, the word 'Positiva', a 'Soporte en Línea' link, and a 'NOMBRE DE USUARIO' field. Below the header, a dark sidebar menu is visible for the 'TRABAJADOR' (Worker) role. The menu items include 'PRESTACIONES ECONOMICAS' (highlighted with an orange box), 'Auxilio Funerario', 'Formulario Solicitud Pensión', 'Indemnización Permanente Parcial (IPP)', and 'Incapacidad Temporal' (highlighted with an orange box). The main content area features a large image of three people (two men and one woman) looking at a tablet, with a green checkmark icon in the top right corner. The Positiva logo and 'COMPAÑIA DE SEGUROS' text are at the bottom of the main area.

De clic en
“Prestaciones
económicas” para
hacer la respectiva
solicitud

De clic
[AQUÍ](#)

INCAPACIDAD TEMPORAL

El formulario Habeas Data contiene las políticas de seguridad de tratamiento de datos, asegúrese que la información sea correcta. Recuerde que si no está de acuerdo no podrá continuar con el proceso.

De clic [AQUÍ](#)
para continuar

FORMULARIO HABEAS DATA

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 están en el "ABC del Habeas Data" en nuestra página web : <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/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 personales y/o sensibles".

YO, _____

con doc. de identidad CC Número: _____

Representante Legal de (si aplica): _____

con doc. de identidad _____ 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 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".

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

Sí ☒ No ☐

¿Autoriza a POSITIVA, para el ☒ de sus **DATOS PERSONALES SENSIBLES**?

☒ SI ☐ NO

INCAPACIDAD TEMPORAL

- Trabajador Vinculado:** Relación laboral vigente con la empresa
- Trabajador Desvinculado:** Relación laboral finalizada con la empresa
- Trabajador Independiente:** Trabajador por cuenta propia o con contrato de prestación de servicios

Logo: Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/EMPRESA

Tipo solicitante * Tipo documento solicitante * Número Documento Solicitante * Nombre Solicitante (Empresa/Trabajador) *

Trabajador vinculado
Trabajador desvinculado
Independiente

Tipo de documento empresa * Número Documento Empresa *

Cédula Ciudadanía
Carnet Diplomático
Cédula Extranjería
Permiso Especial de Permanencia

Buscar

Razón social o nombre *

Dirección del solicitante * Departamento solicitante * Municipio solicitante *

Teléfono * Correo electrónico *

Los campos marcados con asterisco (*) son de obligatorio diligenciamiento

Una vez seleccionado el tipo y diligenciado dos veces el número de documento, de clic en "Buscar". El sistema traerá la información automáticamente

INCAPACIDAD TEMPORAL

Ingresa los datos de la cuenta bancaria a la que se realizará el pago de la(s) incapacidad(es), tenga en cuenta que debe ser la cuenta del solicitante.

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de reconocimiento:

Exenta de pago de aportes en salud:

Nombre de la entidad bancaria:

Tipo cuenta:

Número de cuenta:

Titular de la cuenta:

Los campos marcados con asterisco (*) son de obligatorio diligenciamiento

INCAPACIDAD TEMPORAL

Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

DATOS DEL INCAPACITADO

Tipo de documento: Cédula Ciudadanía * Número documento: 000000000 * Fecha siniestro: *

Buscar Siniestro

Tipo Doc Empresa del Siniestro: Nit * Documento Empresa del Siniestro: 00000000 * Fecha Expedición de la Incapacidad: *

Fecha Inicio: Fecha Fin: Número de Días: Código Diagnóstico: *

Calendar: Oct 2020
L M X J V S D
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30 31

Diagnóstico List:
A064 - ABSCESO AMEBIANO I HIGADO (A064)
A065 - ABSCESO AMEBIANO I PULMON (J99.8*) (A065)
K431 - ACTINOMICETOSIS DE ARD...

Eliminar

Agregar

1 - 2

SIGUIENTE

	Documento Empresa	Fecha Siniestro	Tipo
☐	0000000000000	03/01/2012	AT
Aceptar			

Seleccione el siniestro

Los campos marcados con asterisco (*) son de obligatorio diligenciamiento

INCAPACIDAD TEMPORAL

Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CARGUE SOPORTES

Señor usuario, recuerde que debe cargar la imagen de la incapacidad correspondiente en cada uno de los registros

Carta Autorización de la Empresa
Documento Obligatorio - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

El Archivo 01202010150000031195.pdf ha sido cargado. Eliminar

Incapacidad Original - 91216432 - 2020/10/01
Documento Obligatorio - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

Documentos de identidad.
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

Historia Clínica o epicrisis.
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

Otros Documentos
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

Certificación de Cuenta Bancaria
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB

2 - 2

ANTERIOR **FINALIZAR**

Indicación de archivo cargado, para eliminar de clic en la opción

Los anexos que se visualizan en **ROJO** son de cargue obligatorio

De clic en "Finalizar" para radicar la incapacidad

INCAPACIDAD TEMPORAL

¿Desea ver el formulario pre-diligenciado o finalizar la radicación?

[Ver formulario](#)

Finalizar

De clic en “Finalizar” para radicar la incapacidad

Positiva
Soporte en línea
Nombre Usuario

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Señor usuario, recuerde que debe cargar la imagen de la incapacidad correspondiente en cada uno de los registros.

Carta Autorización de la Empresa Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]
B Archivo 01202010150000031195.pdf ha sido cargado.	[Eliminar]
Incapacidad Original - 91216432 - 2020/10/01 Documento Obligatorio - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]
B Archivo 012020101450100000125300.pdf ha sido cargado.	[Eliminar]
Documentos de identidad, Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]
Historia Clínica o epícrisis: Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]
Otros Documentos: Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]
Certificación de Cuenta Bancaria: Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB	[+]

De clic en “[Aquí](#)” para
visualizar el formulario
completo

AL

Verifique que la información
en el formulario sea la
correcta.

CONTINUAR  **POSITIVA**
COMPANIA DE SEGUROS

INCAPACIDAD TEMPORAL

Registro realizado correctamente
Recuerde que no necesita llevar documentos al punto de
atención
Radicado: 2020-01-000-1333

Aceptar

De clic en “Aceptar” para finalizar
el proceso de radicación de
incapacidad temporal



Estamos listos para ponernos en

ACCIÓN
