

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS



# POSITIVA

COMPañIA DE SEGUROS

Código MIS-4-1-3-FR07 Versión 08

Clasificación: Pública



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

# INCAPACIDAD TEMPORAL

CONTINUAR



# INCAPACIDAD TEMPORAL

Ingrese 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

Ingrese con el usuario (número de documento)

Ingrese con la contraseña asignada

# INCAPACIDAD TEMPORAL

Seleccione la opción de trabajador



**POSITIVA**  
COMPANIA DE SEGUROS

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 navigation bar with the 'desk' logo, the word 'Positiva', a 'Soporte en Línea' button, and a user profile icon labeled 'NOMBRE DE USUARIO'. Below the navigation bar is a dark sidebar menu with a home icon and the text 'TRABAJADOR'. The menu items are: 'PRESTACIONES ECONOMICAS' (highlighted with an orange box), 'Auxilio Funerario', 'Formulario Solicitud Pensión', 'Indemnización Permanente Parcial (IPP)', and 'Incapacidad Temporal' (highlighted with an orange box). A green checkmark icon is visible in the top right corner of the main content area. The main content area features a photograph of three people (two men and one woman) sitting at a desk, looking at a tablet. The Positiva logo and 'COMPANIA DE SEGUROS' are displayed at the bottom of the main content area.

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

De clic [AQUI](#)

# 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 tratamiento 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

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/Trabajad. \*

Trabajador vinculado  
Trabajador desvinculado  
Independiente

Tipo de documento empresa \* Número Documento Empresa \* Buscar

Cédula Ciudadanía  
Carnet Diplomático  
Cédula Extranjería  
Permiso Especial de Permanencia

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

Ingrese 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.

Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

## FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

### INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de reconocimiento: Cobro directo

Exenta de pago de aportes en salud: SI, NO

Nombre de la entidad bancaria: POPULAR, BANCAFE, SANTANDER/CORPBANCA, BANCOLOMBIA

Tipo cuenta: Corriente, Ahorros

Número de cuenta: [ ]

Titular de la cuenta: NOMBRE USUARIO

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: 00000000 \* Fecha siniestro: \*

Buscar Siniestro

Tipo Doc Empresa del Siniestro: Nit \* Documento Empresa del Siniestro: 0000000 \* Fecha Expedición de la Incapacidad: \*

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

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	

A064 - ABSCESO AMEBIANO I HIGADO (A064)  
A065 - ABSCESO AMEBIANO I PULMON (J99.8\*) (A065)  
K431...ACTINOMICOCETARDC

Eliminar

Agregar

1 - 2

SIGUIENTE

	Documento Empresa	Fecha Siniestro	Tipo
<input type="radio"/>	000000000000	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

FORMULARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

FORMULARIO 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 Obligatorio - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]  
El Archivo 0120201015000031195.pdf ha sido cargado. [Eliminar]

Incapacidad Original - 91216432 - 2020/10/01  
Documento Obligatorio - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]  
El Archivo 012020101450100000125300.pdf ha sido cargado. [Eliminar]

Documentos de identidad.  
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]

Historia Clínica o epícrisis  
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]

Otros Documentos  
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]

Certificación de Cuenta Bancaria  
Documento Opcional - Máximo 1 archivo(s) Tamaño Permisos: 4 MB  
[ver formulario] [subir archivo]

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES BAJO RESERVA LABORALES

La radicación de incapacidades temporales implica el otorgo de 30 días hábiles a partir de la fecha de inicio de la incapacidad

ASISTENTE

EN SUSECCIÓN: SANTANDER FLORINDIANA (SUSE)

SANTANDER

SECCIONARIA: 01010001

SECCIONARIA: 01010001

SECCIONARIA	SECCIONARIA	SECCIONARIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	ESTADO
01010001	SANTANDER	SANTANDER	05/01/2020	05/01/2020	EN PROCESO

SANTANDER

De clic en “Aqui” para visualizar el formulario completo



# 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**

---