	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

1. OBJETIVO


- Comunicar claramente el procedimiento de reembolso por prestaciones asistenciales, con el fin de efectuar un correcto trámite y sea este un mejor servicio para los afiliados y empleadores
- Garantizar que el proceso se efectúe dentro de los tiempos establecidos brindando al afiliado una respuesta mediante notificación escrita del resultado de su solicitud de reembolso.
- Normalizar el proceso de radicación y trámite de solicitudes de reembolso por concepto de prestaciones asistenciales a los afiliados de Positiva Compañía de Seguros S.A. para facilitar la identificación del siniestro y realizar en forma eficiente el trámite de las solicitudes presentadas.
- Documentar y actualizar las políticas del procedimiento como la radicación, trámite y pagos de reembolsos por prestaciones asistenciales para brindar tanto al cliente interno como externo una información precisa y detallada.

2. ALCANCE

El presente instructivo aplica al procedimiento de reembolsos, en el flujo específico que permite recibir, radicar, auditar, notificar y pagar dentro de los treinta días hábiles, cuando sean procedentes las solicitudes de reembolso presentadas por los afiliados y empleadores.

Este instructivo está dirigido para afiliados al ramo de riesgos laborales en Positiva Compañía de Seguros S.A.

De igual forma se documenta para el conocimiento y difusión de los funcionarios de casa matriz y a nivel nacional de Positiva; así mismo de los auditores de cuentas médicas, que gestionan las solicitudes de reembolsos.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

3. DEFINICIONES

Accidente de trabajo - Artículo No. 3 Ley 1562


“Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.”

Enfermedad laboral - Artículo No. 4 Ley 1562

“Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.”

Reembolso

Reintegro del valor correspondiente al pago de las prestaciones asistenciales en que haya incurrido el trabajador o su empleador con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedad profesional calificados en firme por Positiva o las Juntas de Calificación de Invalidez.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Aprobación

Es el resultado de la auditoría médica y administrativa, cuando todos los aspectos evaluados se encuentran concordantes con las normas y políticas de la compañía. Puede darse en forma total o parcial ante la solicitud presentada.

Devolución

Es una **no conformidad** que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Glosa - Resolución 3047 de 2008, Anexo Técnico 6

Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Notificación

Acto de comunicación de un trámite o de una decisión legal a los interesados, generalmente por escrito.

Tarifas

Precio fijado o establecido de forma oficial y unitaria por el estado, la compañía u ofertado por una entidad y que haya sido avalado por Positiva para cualquier asistencia.


Traslados

Movilización de un afiliado en el ramo de riesgos laborales, con ocasión únicamente de una prestación asistencial de un accidente de trabajo o enfermedad laboral.

4. PROCESOS Y/O SUBPROCESO ASOCIADO

Proceso: Gestión de siniestros

Subproceso: Reconocimiento de Prestaciones Asistenciales y Económicas.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

5. RESPONSABLES

Líder de Prestaciones Asistenciales – Gerencia de Indemnizaciones

Profesional de reembolsos _ Gerencia de Indemnizaciones

6. ASPECTOS PREVIOS


El afiliado tendrá derecho al reembolso de prestaciones asistenciales siempre y cuando haya justificación médica o de carácter administrativo por parte de la Administradora de Riesgos Laborales (autorización de Reembolso), que haya originado el pago por parte del afiliado o el empleador de alguna prestación asistencial, debido a que Positiva no prestó el servicio.

Es pertinente en este aspecto recordar que los afiliados tienen derecho a la solicitud de los servicios de salud que requieran, originados por accidente laboral o enfermedad laboral, los cuales deben ser solicitados a través de la línea 018000111170 o al 3307000 de POSITIVA, en los puntos de atención de las Sucursales de POSITIVA a nivel nacional. De igual forma, los servicios prestados en atención de urgencias vitales son de obligatoria prestación por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud y éstas son las encargadas de efectuar los cobros a los pagadores respectivos. Sin embargo, es importante informar si obedece a accidente laboral para su correspondiente documentación y direccionamiento de cobro.

Casos en los que se puede presentar una solicitud de reembolso.

Esta cobertura se encuentra planteada en el Decreto 1295 de 1994, en la cual se establecen las Prestaciones Asistenciales a las que tiene derecho el afiliado:

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Servicios de hospitalización.
- c. Servicio odontológico.
- d. Suministro de medicamentos.
- e. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- f. Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.
- g. Rehabilitación física y profesional.
- h. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
	INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A		
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	


*Para el caso de los cobros por **asistencia médica** la compañía reconocerá los valores que se encuentren contratados en la red de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), los cuales hubiese reconocido si el servicio fuera prestado por el conducto regular.*

*Para las solicitudes de reembolso por **gastos de traslado** la compañía NO reconocerá los valores asumidos por gastos de gasolina o peajes, se reconocerá como máximo el valor que se encuentra registrado en el la **Política para Reembolsos por Traslados no Urgentes ante Positiva Compañía de Seguros S,A (Tarifas)**, de no encontrarse registrado el traslado en este manual se reconocerá en todo caso para transportes no especiales el valor del transporte público intermunicipal basándonos en las tarifas estándar a nivel nacional sin exceder el valor justo a cobrar.*

En ese orden de ideas, **como ejemplo**, se podrán radicar solicitudes de reembolso por:

- Gastos de traslado para cumplir cita, terapia o cualquier tipo de asistencia médica.
- Servicios hospitalarios por accidente laboral.
- Servicios odontológicos por accidente laboral.
- Servicios auxiliares y de diagnóstico que el médico tratante ordene por causa del accidente laboral.
- Prótesis y órtesis que según diagnóstico médico demuestren que son necesarios para la recuperación del afiliado.
- Medicamentos por causa del accidente laboral.

*En todo caso se deben presentar las facturas originales de compra.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

7. PROCESO DE RADICACIÓN Y TRÁMITE

7.1 RADICACIÓN EN FÍSICO (VENTALLINA)


Los documentos deben ser presentados en los puntos de atención de Positiva Compañía de Seguros S.A. a nivel nacional y Supercedes Bogotá según el horario de cada uno. No se podrán presentar estas solicitudes en casa matriz. [Ver puntos de radicación.](#)

Soportes generales de las solicitudes de reembolso física

- *Formulario para la solicitud de reembolso para persona natural (Anexo 1):* Este formulario es diligenciado en el sistema por el operador logístico que recibe los documentos y soportes, realizando preguntas básicas de la solicitud y del siniestro a la persona que lo va a presentar, el cual se entrega impreso con el sticker de radicación en la copia del usuario.
- *Formulario para la solicitud de reembolso para empleador (Anexo 2):* Este formulario debe ser impreso y diligenciado por el empleador antes de radicar, posteriormente el operador entregará sticker de radicación en la copia. El formulario lo encontrará en la página web, ruta: www.positiva.gov.co/Trámite/Trámites/Riesgoslaborales/Reembolsos o directamente en el link <https://www.positiva.gov.co/web/guest/reembolsos?inheritRedirect=true>
- *Relación de gastos por traslado:* Este formulario debe ser impreso y diligenciado antes de radicar y aplica únicamente para solicitud de reembolso por traslados
- *Cuenta de cobro* (Encontrará un ejemplo en la página web)

Debe contener como mínimo:


- Encabezado con el número de la cuenta de cobro.
 - Fecha de expedición de la cuenta de cobro.
 - Concepto y justificación por el cual se origina la solicitud de reembolso.
 - Valor en letras y números reclamado.
 - Firma del afiliado o empleador que efectuó el pago.
- *Copia del documento de identificación del afiliado.*

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

- *En caso de ser empleador, copia del RUT, copia de cámara y comercio y copia de la cedula del representante legal.*
- *Certificación bancaria:* Debe registrar a nombre del trabajador o empleador (dependiendo de quién radique) y encontrarse activa en el momento de efectuar el reembolso.

Para efectuar un pago a un tercero al existir imposibilidad del paciente para tener una cuenta bancaria propia, a causa de su estado de salud, se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Certificación médica no mayor a 30 días, donde indique el estado y las condiciones del paciente. (debe llevar firma y sello del Médico)
- El familiar deberá acudir a una Comisaria de Familia para que se le reconozca de manera provisional la custodia sobre el afiliado y por tanto con el documento emitido podría entrar a reclamar el pago de manera directa ya que se convierte en el representante legal.
- Adjuntar declaración juramentada ante notaría del por qué solicita la custodia del afiliado, adjuntando fotocopias de las cédulas de ciudadanía.
- Adjuntar certificación bancaria del tercero no mayor a 3 meses para efectuar los pagos correspondientes.
- Si el afiliado se encuentra consiente, es él quien debe dar poder y/o autorización ante notaría por medio de una autenticación a un familiar para cobrar los dineros a su nombre.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

7.2 RADICACIÓN ELECTRÓNICA (PORTAL TRANSACCIONAL)

Podrá realizar la radicación electrónica a través de nuestro [portal transaccional](#) cualquier día de la semana y en cualquier hora del día.


A. PASOS PARA REALIZAR LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA POR PARTE DEL TRABAJADOR

Ingresar a la página web: www.positiva.gov.co
 Servicios en línea
 Radicación de tramites trabajador

Allí se visualizará el módulo de radicación así:



NOTA: Si no cuenta con usuario y contraseña deberá realizar el proceso de registro, seleccionando la opción Registrarse y respondiendo las preguntas allí indicadas


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Al ingresar debe seleccionar el módulo de trabajador

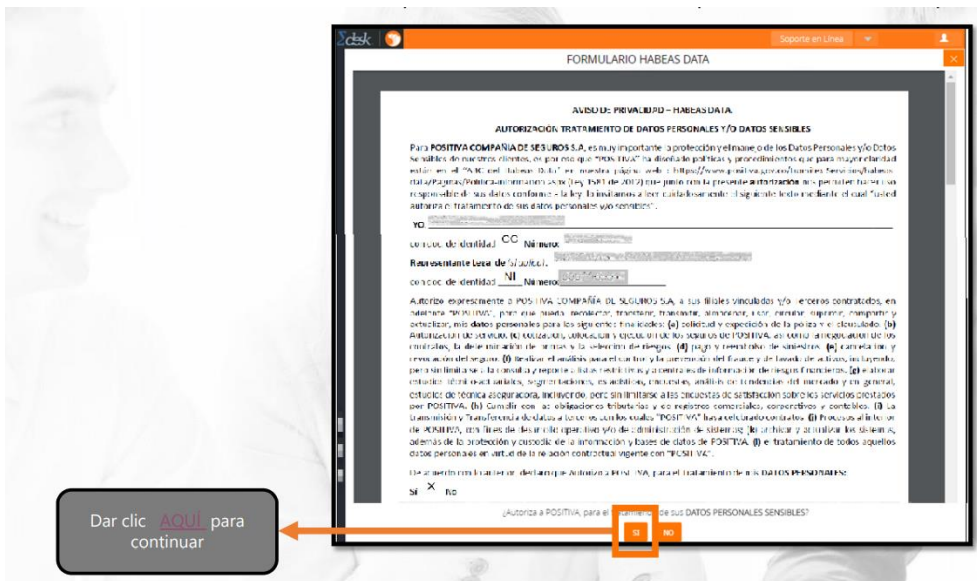


Selecciones prestaciones asistenciales/Radicación de reembolsos




	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

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.

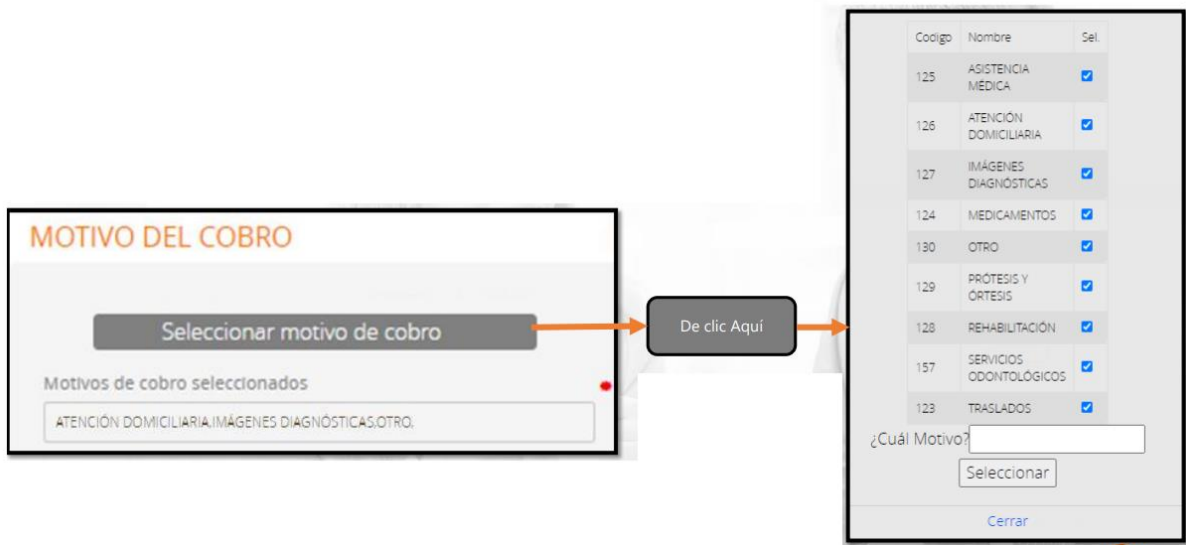


Una vez aceptadas las políticas de tratamiento de datos, visualizará el formulario de reembolsos trabajador de clic en buscar siniestro y seleccione el correspondiente, posteriormente diligencie los campos requeridos. La información que se visualiza sellada no podrá ser editada



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	


En este módulo puede seleccionar uno o varios motivos de cobro, tenga en cuenta que al seleccionar la opción “Otro” se habilitará el campo “¿Cuál motivo?” para indicar el motivo



correspondiente.

Al seleccionar el motivo de cobro “Traslado” se habilitará el módulo relación de gastos por traslado, donde registrará la información correspondiente a los traslados



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Diligencie la información bancaria, donde especificará: Banco, Tipo de cuenta y Numero de cuenta, esta información es obligatorio.



INFORMACION BANCARIA PARA EL PAGO


Nro Afiliados Incluidos * Banco * Tipo cuenta * Número de cuenta *

BBVA COLOMBIA Ahorros 123123123

Guardar Reembolso

De clic aquí para guardar el reembolso

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


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión:	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

En este módulo visualizará el formulario de reembolso, el formato de Habeas data y la relación de gastos por traslado (cuando aplique) debidamente diligenciados, verifique que la información corresponda, adicional podrá anexar los documentos correspondientes a la solicitud, tenga en cuenta que los documentos cuenta de cobro y certificación bancaria son obligatorios




The screenshot shows a web interface titled "CARGUE DE ANEXOS" with a "Editar formulario" button. Below it are sections for "Habeas data" (with "Ver" links), "SELECCIONE DOCUMENTO", and a list of document types. Red boxes highlight "Cuenta de cobro" and "Certificación bancaria" as mandatory documents. Blue boxes highlight "Camara comercio", "Factura Original", "Fotocopia documento representante legal", "Historia Clinica", "RUT", "Autorización de ARL para este servicio", and "Tiquetes de viajes originales para traslado interdepartamental" as optional documents. A "Radicular" button is at the bottom. Callouts explain that red items are mandatory and blue items are optional, and that clicking "Radicular" leads to a confirmation message.

Al dar clic en "Radicular" el sistema le mostrará un mensaje de confirmación para radicar el trámite, al dar clic en "Aceptar" el trámite quedará radicado y el sistema le mostrará el número del radicado.



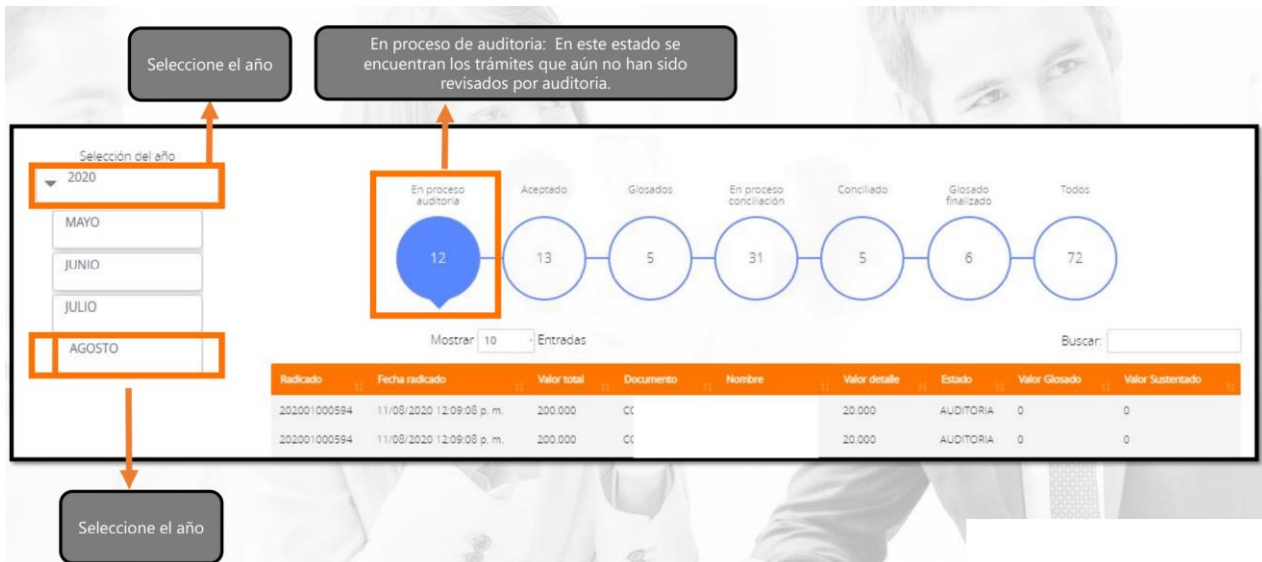
The flowchart shows a confirmation dialog box with the text "positiva.sync.com dice ¿Desea radicar el trámite?" and "Aceptar" and "Cancelar" buttons. An arrow points to a success message box that says "Registro realizado correctamente. Recuerde que no necesita llevar documentos al punto de atención. Radicado: 2020-01-000-507" with an "Aceptar" button.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

En el siguiente módulo encontrará la información relacionada con los estados de los reembolsos solicitados.



Al dar clic en “Consulta estado reembolsos” el sistema le mostrará la siguiente página. Seleccione año y mes para iniciar la búsqueda de información.




Seleccione el año

En proceso de auditoria: En este estado se encuentran los trámites que aún no han sido revisados por auditoria.

Seleccione el año

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado
202001000594	11/09/2020 12:09:08 p. m.	200.000	Cc		20.000	AUDITORIA	0	0
202001000594	11/09/2020 12:09:08 p. m.	200.000	Cc		20.000	AUDITORIA	0	0

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Aceptado: En este estado se encuentran los trámites que fueron revisados y aceptados por auditoría.



Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado
202001000001	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0
202001000002	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0


Glosados: En este estado se encuentran los trámites que fueron revisados y glosados en auditoría.



Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Sustentación Glosa
202001000003	12/08/2020 10:40:15 a. m.	600.000	CC		200.000	GLOSA	120.000	0	
202001000004	12/08/2020 10:45:54 a. m.	300.000	CC		100.000	GLOSA	100.000	0	

De clic Aquí para cargar un archivo de sustentación de glosa

En el estado glosado: Tenga en cuenta que si el icono está en color naranja está disponible para cargar glosa el archivo de sustentación, una vez cargado cambiará al estado de Proceso de conciliación

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Glosado Finalizado: En este estado se encuentran los trámites que no fueron conciliados por parte del trabajador. Pero si conciliados en auditoría



Selección del año: 2020

MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoría: 12 | Aceptado: 13 | Glosados: 5 | En proceso conciliación: 31 | Conciliado: 5 | **Glosado finalizado: 6** | Todos: 72

Mostrar 10 Entradas

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Valor Aprobado
2020010000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000	CC		100.000	CONCILIADO	20.000	20.000	100.000
2020010000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000	CC		31.000	CONCILIADO	31.000	0	0

Todos: En este estado se pueden visualizar todos los trámites que se han realizado en este portal




Selección del año: 2020

MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoría: 12 | Aceptado: 13 | Glosados: 5 | En proceso conciliación: 31 | Conciliado: 5 | Glosado finalizado: 6 | **Todos: 72**

Mostrar 10 Entradas

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Sustentación Glosa
2020010000000	05/08/2020 4:29:50 p. m.	191.000	CC		191.000	AUDITORIA_OK	0	0	
2020010000000	05/08/2020 4:31:43 p. m.	195.000	CC		195.000	GLOSADO_FIN	122.033	0	

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

B. PASOS PARA REALIZAR LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA POR PARTE DEL EMPLEADOR

Ingresar a la página web: www.positiva.gov.co


Servicios en línea

Radicación de tramites empresa

Allí se visualizará el módulo de radicación así:



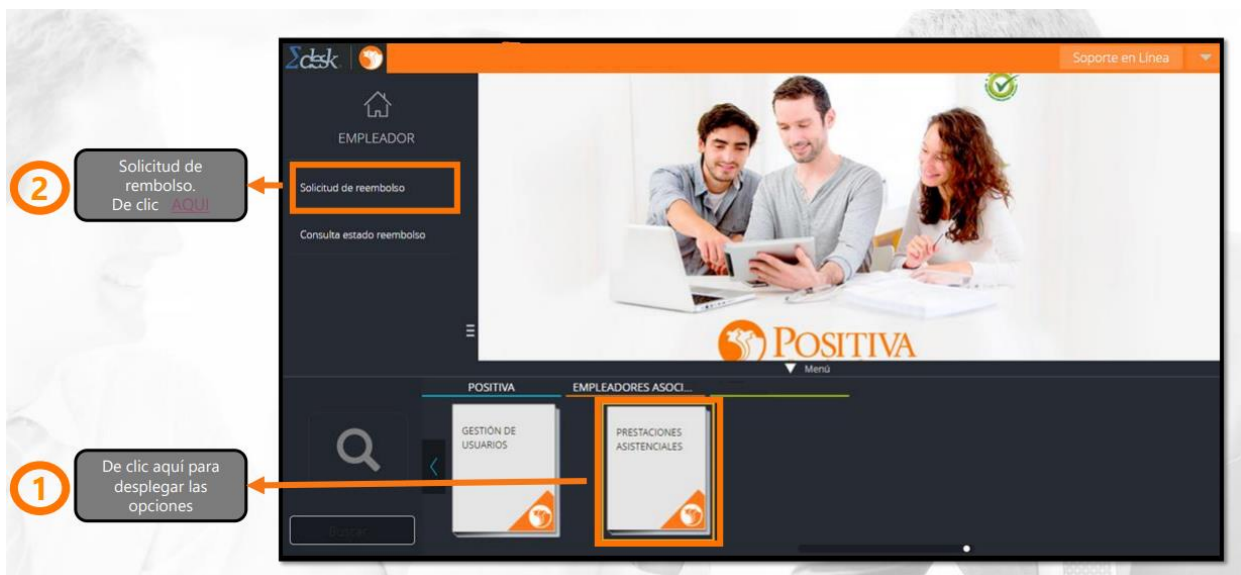
NOTA: Si no cuenta con usuario y contraseña deberá realizar el proceso de registro, seleccionando la opción Registrarse y respondiendo las preguntas allí indicadas


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Al ingresar debe seleccionar el módulo empleador

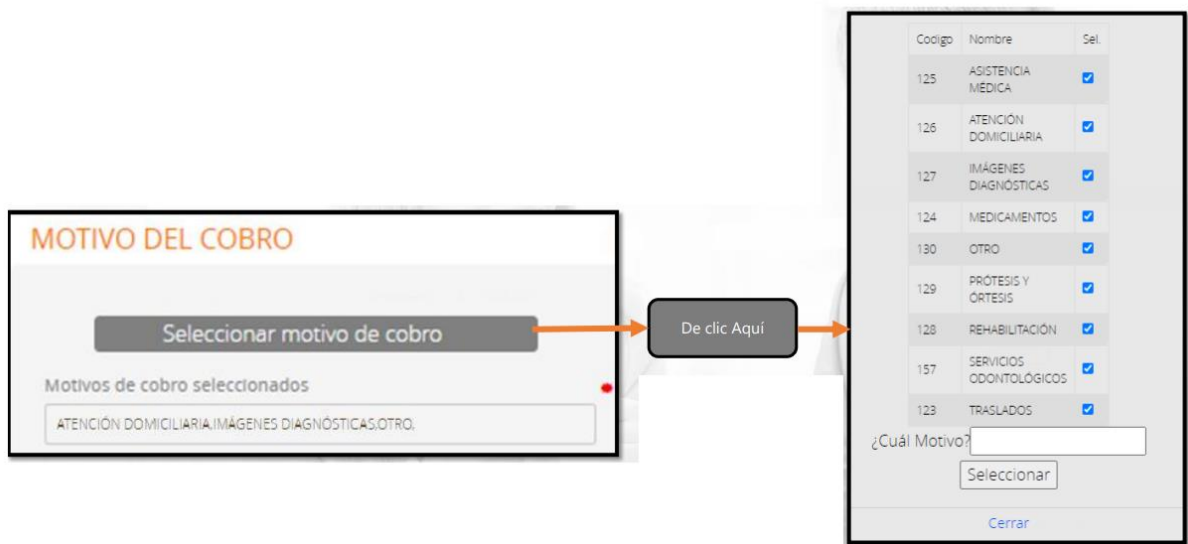



Diríjase a la parte inferior, seleccione prestaciones asistenciales y después, en la parte superior seleccione solicitud de reembolso



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

En este módulo puede seleccionar uno o varios motivos de cobro, tenga en cuenta que al seleccionar la opción “Otro” se habilitará el campo “¿Cuál motivo?” para indicar el motivo correspondiente.



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Seleccione el tipo de documento, diligencie el número de documento y el valor presentado por afiliado, tenga en cuenta que el afiliado debe contar con relación laboral con el empleador.

Seleccione el tipo de documento, diligencie el número de documento y el valor presentado por afiliado, tenga en cuenta que el afiliado debe contar con relación laboral con el empleador.

DATOS DE LOS AFILIADOS

Tipo de documento *	Número documento *	nombre *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellidos *	Fecha siniestro (aaaa/mm/dd) *	Valor *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

+

Eliminar

+ Agregar


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

De clic aquí para eliminar el registro de un afiliado

De clic [Aquí](#) para agregar una relación de gastos por traslado (en caso de necesitar registrar varias relaciones, de clic las veces necesarias) . Esta opción solo se debe seleccionar cuando en el motivo de cobro es "Traslados"

De clic aquí para agregar más afiliados

Al seleccionar el motivo de cobro "Traslado" se habilitará el módulo relación de gastos por traslado, donde registrará la información correspondiente a los traslados

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

RELACION DE GASTOS POR TRASLADO

Identificación *	Fecha Desplazamiento *	Departamento Origen *	Municipio Origen *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento Destino *	Municipio Destino *	Concepto de Desplazamiento *	Tipo de Traslado *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor Traslado *	Número solicitud para traslados no urgentes		<input type="button" value="Eliminar"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

De clic aquí para eliminar una relación de gasto por traslado


Diligencie la información bancaria para el pago y verifique que el número de afiliados corresponda a los registrados.

INFORMACION BANCARIA PARA EL PAGO

Nro Afiliados Incluidos *	Banco *	Tipo cuenta *	Número de cuenta *
<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="BBVA COLOMBIA"/>	<input type="text" value="Ahorros"/>	<input type="text" value="123123123"/>
<input type="button" value="Guardar Reembolso"/>			

De clic aquí para guardar el reembolso

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

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión:	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	


En este módulo visualizará el formulario de reembolso, el formato de Habeas data y la relación de gastos por traslado (cuando aplique) debidamente diligenciados, verifique que la información corresponda, adicional podrá anexar los documentos correspondientes a la solicitud, tenga en cuenta que los documentos cuenta de cobro y certificación bancaria son obligatorios



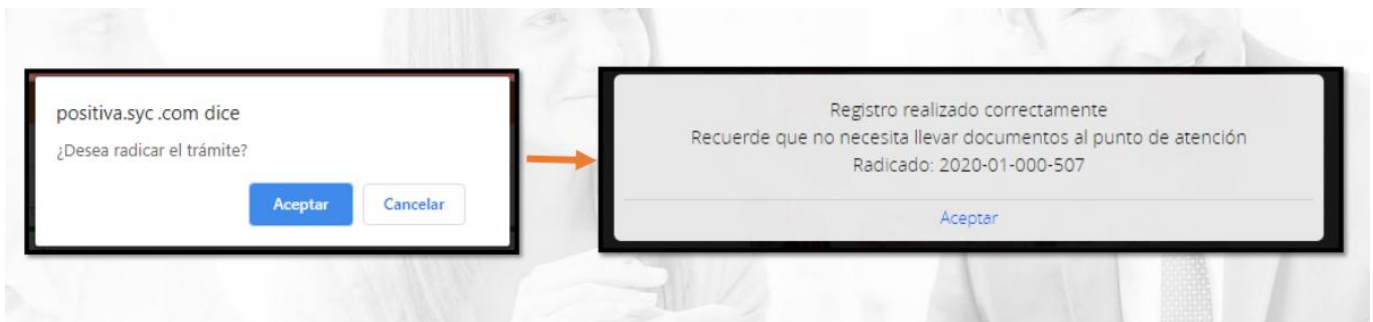
The screenshot shows the 'CARGUE DE ANEXOS' (Upload Attachments) interface. It features a list of documents to be uploaded, categorized by their status: mandatory (red) and optional (blue). The interface includes a 'SELECCIONE DOCUMENTO' section and a 'Radicar' button at the bottom.

Callouts:

- De clic en una de estas opciones para visualizar el formulario seleccionado ya diligenciado
- Los anexos que están señalados es color rojo deben ser cargados obligatoriamente (Formato PDF, JPG, PNG)
- Los anexos que están señalados es color azul son cargues opcionales (Formato PDF, JPG, PNG)
- Al dar clic en esta opción podrá hacer la respectiva radicación


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Al dar clic en “Radical” el sistema le mostrará un mensaje de confirmación para radicar el trámite, al dar clic en “Aceptar” el trámite quedará radicado y el sistema le mostrará el número del radicado.

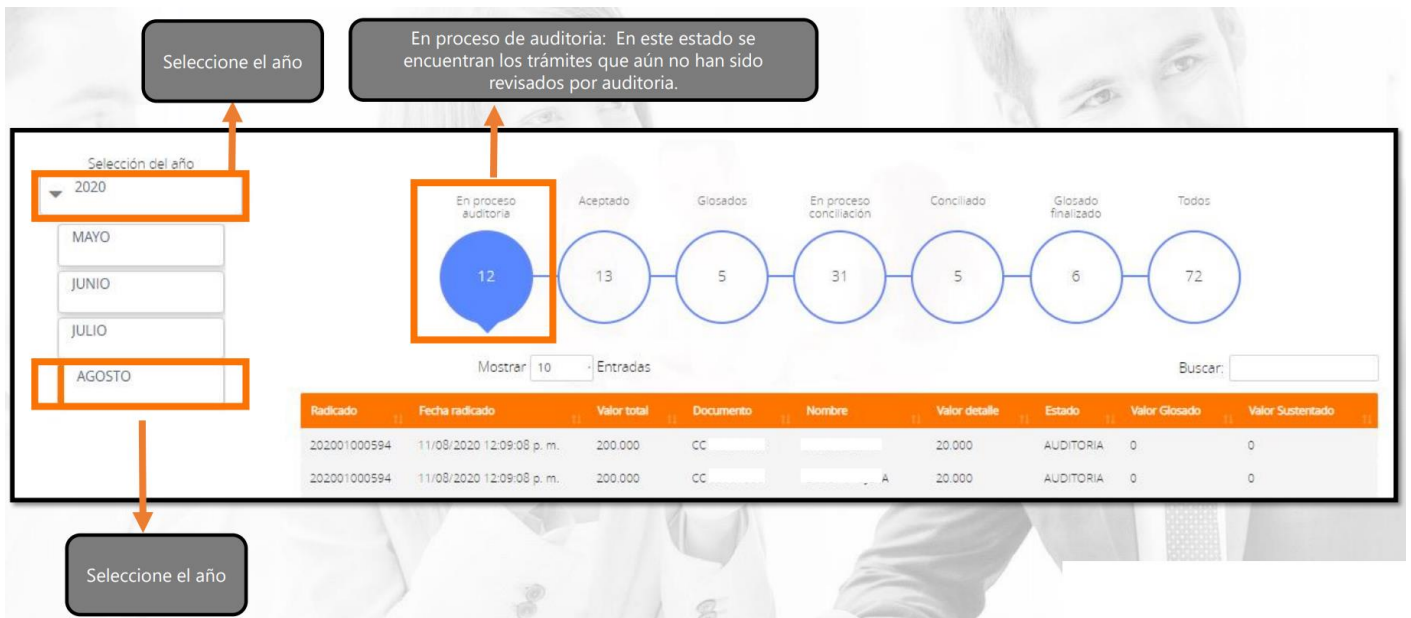


En el siguiente módulo encontrará la información relacionada con los estados de los reembolsos solicitados.



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Al dar clic en “Consulta estado reembolsos” el sistema le mostrará la siguiente página. Seleccione año y mes para iniciar la búsqueda de información



Seleccione el año

En proceso de auditoria: En este estado se encuentran los trámites que aún no han sido revisados por auditoria.

Selección del año
2020
MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoria

Aceptado 13 Glosados 5 En proceso conciliación 31 Conciliado 5 Glosado finalizado 6 Todos 72

Mostrar 10 Entradas Buscar:

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado
202001000594	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0
202001000594	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC	A	20.000	AUDITORIA	0	0

Seleccione el año




Aceptado: En este estado se encuentran los trámites que fueron revisados y aceptados por auditoria.

Selección del año
2020
MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoria 12 Aceptado 13 Glosados 5 En proceso conciliación 31 Conciliado 5 Glosado finalizado 6 Todos 72

Mostrar 10 Entradas Buscar:

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado
202001000594	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0
202001000594	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC	A	20.000	AUDITORIA	0	0

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Glosados: En este estado se encuentran los trámites que fueron revisados y glosados en auditoría.



Selección del año: 2020

MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoría: 12 | Aceptado: 13 | **Glosados: 5** | En proceso conciliación: 31 | Conciliado: 5 | Glosado finalizado: 6 | Todos: 72


Mostrar: 10 Entradas

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Sustentación Glosa
20200100010	12/08/2020 10:40:15 a. m.	600.000	CC		200.000	GLOSA	120.000	0	
20200100010	12/08/2020 10:45:54 a. m.	300.000	CC		100.000	GLOSA	100.000	0	

De clic Aquí para cargar un archivo de sustentación de glosa

En el estado glosado: Tenga en cuenta que si el icono se encuentra en color naranja está disponible para cargar archivo de sustentación, si está en color blanco es porque ya se ha cargado un anexo previamente, cuando un radicado está compuesto de más de una glosa, deberá sustentar la totalidad de registros

En proceso conciliación: En este estado se encuentran los trámites que fueron revisados, glosados desde auditoría y sustentados por el empleador, por lo tanto pasarán nuevamente a revisión




Selección del año: 2020

MAYO
JUNIO
JULIO
AGOSTO

En proceso auditoría: 12 | Aceptado: 13 | Glosados: 5 | **En proceso conciliación: 31** | Conciliado: 5 | Glosado finalizado: 6 | Todos: 72

Mostrar: 10 Entradas

Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado
20200100010	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0
20200100010	11/08/2020 12:09:08 p. m.	200.000	CC		20.000	AUDITORIA	0	0

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Conciliado: En este estado se encuentran los radicados que fueron conciliados por parte de auditoría y el trabajador. El valor aprobado corresponde al valor que se pagará




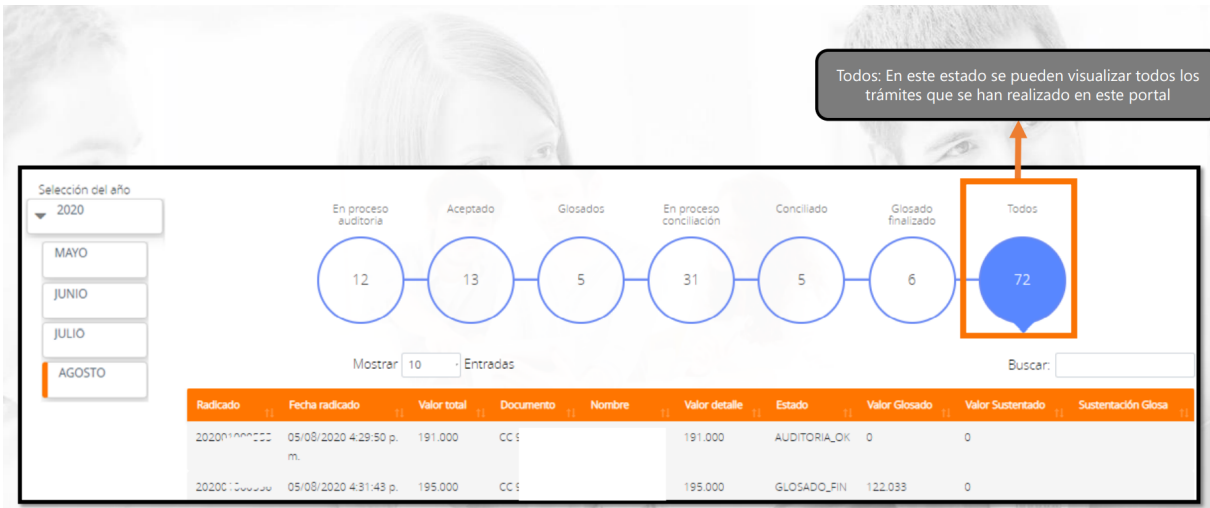
Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Valor Aprobado
202001000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000			100.000	CONCILIADO	20.000	20.000	100.000
202001000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000			31.000	CONCILIADO	31.000	0	0

Glosado Finalizado: En este estado se encuentran los trámites que no fueron conciliados por parte del trabajador. Pero si conciliados en auditoría



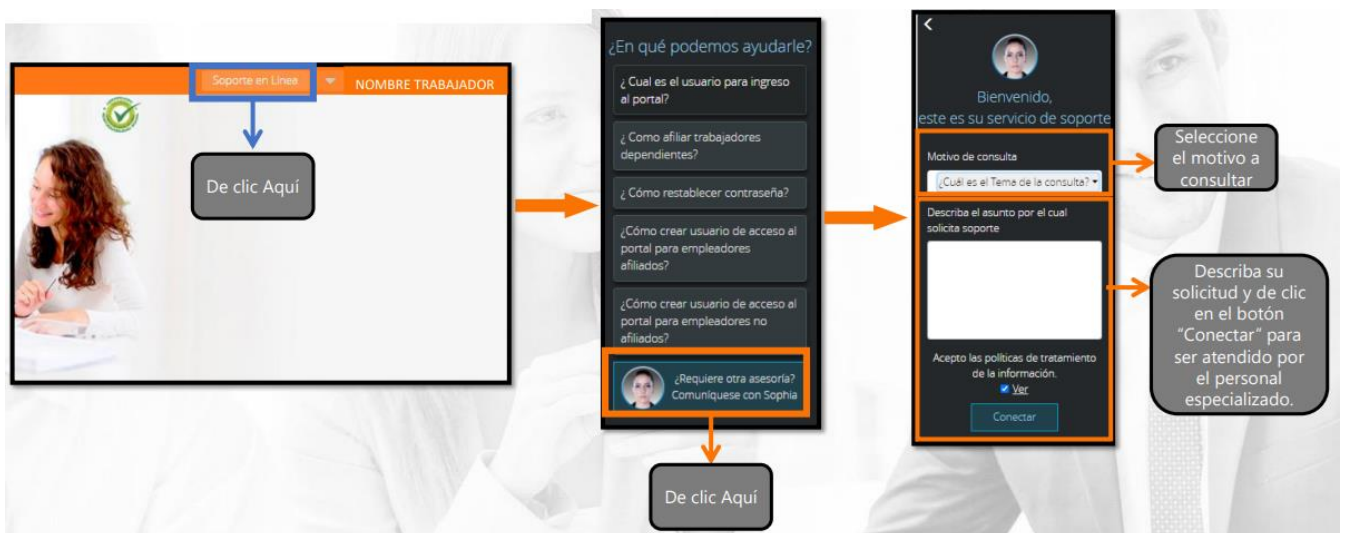
Radicado	Fecha radicado	Valor total	Documento	Nombre	Valor detalle	Estado	Valor Glosado	Valor Sustentado	Valor Aprobado
202001000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000	CC		100.000	CONCILIADO	20.000	20.000	100.000
202001000000	05/08/2020 6:32:03 p. m.	131.000	CC		31.000	CONCILIADO	31.000	0	0


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	



C. SOPORTE EN LÍNEA PARA RADICACIÓN ELECTRÓNICA (TRABAJADOR Y EMPLEADOR)

En caso de tener alguna duda o si tiene inconvenientes en el proceso de radicación electrónica por favor utilice la ayuda de soporte en línea que tenemos a su disposición.



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

7.3 SOPORTES ESPECÍFICOS POR TIPO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Auditoría revisará los documentos y si hacen faltan podrá solicitárselos, por favor revíselos y téngalos en cuenta según sea el motivo de su cobro:

Asistencia médica (consultas, cirugías, procedimientos médicos y odontológicos)

- Historia clínica
- Orden médica
- Evolución de consulta
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

Atención domiciliaria


- Historia clínica
- Orden médica
- Evolución de consulta
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

Imágenes diagnosticas

- Historia clínica
- Orden médica
- Interpretación médica
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

Rehabilitación y/o terapia física

- Historia clínica
- Orden médica
- Evoluciones
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

Medicamentos

- Historia clínica
- Orden médica
- Formula de medicamentos
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

Prótesis y Órtesis

- Historia clínica
- Orden médica
- Factura original con requisitos de ley y con sello de cancelado

Traslados


- Soporte de asistencia a cita médica que justifiquen las fechas de traslado
- Tiquetes de viaje originales
- Planilla de traslados (anexo 3)

7.4 VERIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL DERECHO

Se establece como término (3) tres años para la presentación de su reclamación ante la Administradora de Riesgos Laborales Art 22 de la Ley 1562 del 2012.

En este proceso se valida el derecho de los asegurados a los que se les prestó el servicio o concepto reclamado. Esto es, que el paciente figure como afiliado en la base de datos de la compañía y que tenga un siniestro reportado, o que tenga autorización emitida por la Compañía. En caso de no encontrarse el asegurado o el reporte del siniestro, se solicitará copia del Formato Único de Reporte de Presunto Accidente Laboral (FURAT) o formato único de reporte de presunta enfermedad profesional (FUREP); previamente radicado en Positiva.

El Siniestro reportado en Positiva debe estar calificado como profesional en firme.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

8. DEVOLUCIÓN DE LA SOLICITUD


En caso de no cumplir los aspectos del literal b y c anteriormente relacionados se generará carta de devolución con sus motivos. Esta será entregada al afiliado o empresa para que allegue la documentación faltante. Se indicará la devolución en la ventanilla, si la radicación fue física

9.1 CAUSALES DE DEVOLUCIÓN

- **La fecha de accidente/ enfermedad profesional no figura en la base de datos de la compañía:** No existe reporte de accidente y/o enfermedad laboral a la fecha de la solicitud del reembolso.
- **Su documento de identificación no figura en la base de datos de la compañía:** El afiliado no registra en la base de afiliaciones de Positiva.
- **No presenta cuenta de cobro:** La solicitud de reembolso no presenta cuenta de cobro.
- **No presenta certificación bancaria:** La solicitud de reembolso no presenta certificación bancaria del afiliado; para realizar el pago correspondiente al afiliado.
- **No presenta fotocopia del Rut; en caso de ser empleador.** La solicitud de reembolso no presenta Registro Único Tributario
- **Su identificación tributaria no figura afiliada en la base de datos de la compañía, en caso de ser empleador:** La empresa no se encuentra afiliada a riesgos laborales con nuestra compañía.

9. AUDITORÍA


La documentación radicada será auditada por la Compañía, en esta auditoría se evalúa la pertinencia médica/administrativa del cobro y la autorización de reembolsos, y su directa asociación con el evento calificado; se realizará dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud y se notificará la aceptación u objeción (glosa) a los correos electrónicos o direcciones de correspondencia registrados en la solicitud de reembolso.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

9.1 CAUSALES DE OBJECCIÓN (GLOSA)

Después de la realizada la auditoria del reembolso se podrían presentar las siguientes inconformidades.

- **Facturación:** Se presentan objeciones (glosas) por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando se presenten los errores en la presentación de la factura (datos incoherentes- valor- no se cuenta con el sello de cancelado-no presenta descripción del servicio pagado)
- **Tarifas:** Se consideran objeciones (glosas) por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados (Ver manual tarifario).
- **Soportes** Se consideran objeciones (glosas) por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
- **Autorización** Aplican objeciones (glosas) por autorización cuando los servicios facturados por el usuario o empleador no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización que genera Positiva Compañía de Seguros o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.
- **Cobertura** Se consideran objeciones (glosas) por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
- **Pertinencia** Se consideran objeciones (glosas) por pertinencia toda aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica; o, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

10. PAGO

La información de los pagos e información adicional sobre glosas (objeciones) realizados por la Compañía podrá ser consultada en las líneas telefónicas en Bogotá (1) 7443611 y (1) 7443614 de 7:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes (festivos no habrá servicio) o al correo reembolsos.positiva@hoc.com.co

11. NOTIFICACIÓN Y RESULTADO DEL REEMBOLSO


Después de efectuar el estudio correspondiente a la solicitud del reembolso, se remitirá a la dirección de correspondencia (anexa al formulario de solicitud) y al correo electrónico, la notificación informando el resultado del reembolso, donde se comunicará el estado de glosas (objeciones) generadas, solicitud de documentación faltante y/o pertinencia de no pago.

12. SOPORTES FALTANTES PARA LEVANTAMIENTO DE GLOSA


Si la solicitud presenta objeción (glosa) total o parcial por falta de soportes, estos deben hacerse llegar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación adjuntándolos al formato de respuesta de glosa (Ver Anexo 4) y radicarlos para un nuevo análisis en los puntos físicos habilitados para la recepción de las solicitudes de reembolsos. Si la radicación del reembolso fue electrónica, usted podrá dirigirse al portal transaccional para adjuntar los soportes.


Una vez recibido los soportes, se auditará nuevamente y si son procedentes se dará aprobación para el pago de los valores a que haya lugar. Este procedimiento tiene una duración de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción de los soportes de la respuesta a la objeción (glosa).

La respuesta a esta revisión se notificará por medio de una carta de conciliación la cual se enviará a la dirección de correspondencia o correo electrónico registrada en la solicitud de reembolso.


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	


ANEXO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO – PERSONA NATURAL

 FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSOS PERSONA NATURAL V04			
Artículo 22 Ley 1562 de 2012: Prescripción. Las mesadas pensionales y las demás prestaciones (reembolsos) establecidas en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho.			
DATOS DEL AFILIADO			
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	TIPO SINIESTRO	FECHA (DD/MM/AAAA)	
.....			
NOMBRES Y APELLIDOS			
.....			
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN			
.....			
CIUDAD	DEPARTAMENTO		
.....			
CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	TEL. FIJO	
.....			
VALOR PRESENTADO	VALOR EN LETRAS		
.....			
MOTIVO DEL COBRO			
.....			
INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO			
BANCO	TIPO DE CUENTA	NUMERO CUENTA	
.....			
ANEXOS PRESENTADOS			
.....			
FIRMA DEL SOLICITANTE		No. DOCUMENTO SOLICITANTE	
<small>* DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SUMINISTRADA.</small>			
Datos Sensibles: Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.			
<input type="radio"/> Autorizo el manejo de datos sensibles		Fecha: 25/19/2017 Versión 4	
Aprobó: Sonia E. Benitez G. Gerente Indemnizaciones	Revisó: Andrea P. Herrera Hoyos. Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboro: Andrea P. Herrera Hoyos. Líder de Prestaciones Asistenciales	Código: MIS_5_4_4_FR11 Fecha: 25/10/2017 Versión 4


	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

ANEXO 2: FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO –EMPLEADOR

 FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO EMPLEADOR POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. NIT: 860011153-6		ESPACIO PARA TIMBRE		
Artículo 22. Ley 1562 de 2012: Prescripción. Las mesadas pensionales y las demás prestaciones (reembolsos) establecidas en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho.				
PARA EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD DEBE DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE LOS CAMPOS DE ESTE FORMATO				
I. DATOS DE LA EMPRESA				
TIPO ID	NO IDENTIFICACIÓN	RAZÓN SOCIAL		
VALOR PRESENTADO	VALOR EN LETRAS	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		
Cuenta de Cobro N°	NO AFILIADOS INCLUIDOS	NUMERO TELEFÓNICO		
II. DATOS DEL OS AFILIADOS				
No	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO-NO IDENTIFICACIÓN	FECHA SINIESTRO	VALOR
1			D M A	\$
2			D M A	\$
3			D M A	\$
4			D M A	\$
5			D M A	\$
6			D M A	\$
7			D M A	\$
8			D M A	\$
9			D M A	\$
10			D M A	\$
III. MOTIVO DEL COBRO				
<input type="checkbox"/> ASISTENCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> SERVICIOS ODONTOLÓGICOS <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DOMICILIARIA <input type="checkbox"/> IMÁGENES DIAGNÓSTICAS <input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS Y ÓRTESIS <input type="checkbox"/> TRASLADOS CUÁL?		
IV. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO				
BANCO		TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	
V. ANEXOS				
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO <input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA BANCARIA <input type="checkbox"/> OTRO:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
* DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SUMINISTRADA				
FIRMA DEL SOLICITANTE		No DOCUMENTO SOLICITANTE		
INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO 1. DATOS DE LA EMPRESA Tipo ID: diligenciar el tipo de documento de la empresa No identificación: número del documento de la empresa Razón social: nombre la razón social de la empresa Valor presentado: describa el valor presentado total de todos los afiliados registrados en la cuenta de cobro. Valor en letras: describa el valor presentado en letras. Dirección de notificación: dirección de la empresa. Cuenta de cobro: número consecutivo de la cuenta de cobro. No. afiliados incluidos: describa cuantos afiliados incluye en la cuenta de cobro. Número telefónico: número telefónico de la empresa 2. DATOS DEL OS AFILIADOS Nombres y apellidos: nombres y apellidos completos de los afiliados. Tipo-No. identificación: tipo y número del documento del afiliado. Fecha siniestro: fecha del siniestro del afiliado. Valor: valor a cobrar por el servicio del afiliado individual. 3. MOTIVO DEL COBRO Seleccione con una x el motivo del cobro (servicio médico al que asistió). 4. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO Banco: nombre del banco en el que tiene su cuenta bancaria. Sucursal: sucursal del banco. Tipo de cuenta: qué tipo de cuenta es (ahorro, corriente, etc.). Número de cuenta: registrar número de cuenta bancaria. 5. ANEXOS Diligenciar hoja anexa a este formato seleccionando con una x.				
Datos Sensibles: Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.				
<input type="checkbox"/> AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES				
Aprobó: Sonia E. Benítez G. Gerente Indemnizaciones	Revisó: Andrea P. Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Andrea P. Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Código: MIS_5_4_4_FR10 Fecha: 23/08/2017 Versión 3	

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

ANEXO 3: RELACIÓN DE GASTOS POR TRASLADO

	RELACION DE GASTOS POR TRASLADO	Hoja ____ de ____
	ANEXO FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO	
(*1) NOMBRE: _____ IDENTIFICACION: _____		

Diligenciar el campo del número de solicitud de traslados no urgentes el cual debió ser brindado por la línea de atención 018000111170

No	FECHA DESPLAZAMIENTO (*2)			Número Solicitud para Traslados No Urgentes (*3)	DEPARTAMENTO ORIGEN (*4)	MUNICIPIO ORIGEN (5)	DEPARTAMENTO DESTINO (*6)	MUNICIPIO DESTINO(*7)	CONCEPTO DE DESPLAZAMIENTO (*8)	TIPO DE TRASLADO (*9)			VALOR DEL TRASLADO (*10)
	DD	MM	AAAA							Bus Local	Bus Inter Municipal	TAXI	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE TRASLADO

(*1) Información del solicitante: nombre completo y número de identificación de la persona quien toma traslado.

(*6) Departamento de destino; departamento a donde asistió a su cita

(*2) Fecha de Desplazamiento; fecha en la que tomo el traslado el usuario

(*7) Municipio de destino; municipio donde asiste a su cita

(*3) Número de solicitud de traslado no urgente; número que la línea le informa cuando usted hace su solicitud de traslado

(*8) Concepto de desplazamiento; servicio médico al que asistió (cita médica, control por especialista, cita de odontología, terapia, etc.)

(*4) Departamento de Origen; r departamento donde vive


(*9) Tipo de traslado; Marque con X el tipo de transporte (Bus local o intermunicipal, Taxi) de acuerdo a lo autorizado por la línea

(*5) Municipio de origen; l municipio donde vive

(*10) Valor del traslado; Valor del transporte utilizado

Artículo 22. Ley 1562 de 2012: Prescripción: Las mesadas pensionales y las demás prestaciones establecidas (reembolsos) en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho

Aprobó: Sonia Benítez Gerente Indemnizaciones	Código: MIS_5_4_4_ Versión: 3 Fecha: 23/08/2017
--	--

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

ANEXO 4: CARTA NOTIFICACIÓN GLOSA (OBJECCIÓN) SOLICITUD DE REEMBOLSO



ANEXO DE LA CARTA DE OBJECCIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSOS (GLOSA POR GASTOS DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL.

- Numero Radicado _____
- Numero de Reembolso (ID) _____
- Fecha de radicación del Reembolso _____

Observación

Describir brevemente la respuesta a la objeción (glosa) presentada.

Anexos SI NO

Número de folios

Cordialmente:

Nombre _____
CC _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Dirección _____



	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

TABLA DE DOCUMENTOS ASOCIADOS

Documentos y/o Formatos Asociados		
N°	Nombre del Documento y/o Formato asociado	Código del Documento sin versión
1	Política para reembolsos por traslados no urgentes ante Positiva Compañía de Seguros S,A,	MIS_5_4_4_POL01
2	Relación De Gastos De Traslado	MIS_5_4_4_FR12
3	Formulario Para La Solicitud De Reembolsos-Empleador	MIS_5_4_4_FR10
4	Formularios Para La Solicitud De Reembolsos -Persona Natural	MIS_5_4_4 FR11

CONTROL DE CAMBIOS

Control de Cambios				
N°	Descripción del Cambio	Fecha del Cambio	Quien Aprueba el Cambio	Versión Anterior
1	Ampliación de la política.	2016/06/27	Gerente de Indemnizaciones	0
2	Descripción causales de devolución y/o objeción. Ajustes en la documentación que debe reaccionar los usuarios para la solicitud de reembolso.	2017/08/23	Gerente de Indemnizaciones	1
3	Ajustes formatos solicitud de reembolsos.	2017/09/22	Gerente de Indemnizaciones	2
4	Ajuste carta notificacion de glosa	2017/11/15	Gerente de Indemnizaciones	3
5	Ajuste en el proceso de notificación de la respuesta a soporte de glosa dados por los usuarios.	2019/03/22	Gerente de Indemnizaciones	4
6	Actualización en trámite de radicación, se incluye la radicación digital; actualización de documentos asociados	2020/06/11	Gerente de Indemnizaciones	5

	GESTION DE SINIESTROS	Código:	MIS_5_4_4_IN04
		Versión	07
		Fecha:	2020/09/29
INSTRUCTIVO PARA PRESENTACION Y TRAMITE DE REEMBOLSOS ANTE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Gerente de Indemnizaciones	Revisó: Andrea Herrera Hoyos Líder de Prestaciones Asistenciales	Elaboró: Juliet Astrid González Barriga Técnico Administrativo	

7	Actualización en trámite de radicación, se incluye la radicación electrónica, se elimina radicación digital	2020/09229	Gerente de Indemnizaciones	6
---	---	------------	----------------------------	---

Código del Formato: EST/1/2/2/FR05