

MANUAL DE USUARIO ESCRITORIO EMPRESARIAL

CONTINUAR



REPORTAR ACCIDENTE

CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

2

Reportar accidente de un trabajador.

[VER](#)

1

De clic aquí para desplegar las opciones

The screenshot displays the POSITIVA web portal interface. At the top, there is a header with the 'desk' logo and a search bar labeled 'NOMBRE DEL EMPLEADOR'. Below the header is a navigation menu with a home icon and the word 'EMPRESA'. The main content area is divided into two sections: a left sidebar and a main content area. The sidebar contains several menu items: 'Consultar Siniestro', 'Reportar Accidente' (highlighted with an orange box), 'Reporte Enfermedad Laboral', 'Consulta De AT-EL Reportados', 'Confirmación De Accidente', 'Usuario Confirmación Aviso', 'Investigación de Incidentes y Accidentes', and 'Administrar Correos Furat'. The main content area features a large image of three people (two men and one woman) sitting at a desk, looking at a laptop and a tablet. Below the image is the POSITIVA logo and the text 'COMPANIA DE SEGUROS'. At the bottom of the page, there is a navigation bar with five tabs: 'POSITIVA', 'EMPLEADORES ASOCIADOS AL US...', 'AFILIAR TRABAJADORES', 'NOVEDADES', 'GENERAR CARNÉ, CERTIFICADOS Y LISTADOS', 'GESTIÓN DEL SINIESTRO' (highlighted with an orange box), and 'INCAPACIDADES'. A 'Menú' dropdown arrow is visible to the right of the tabs.

REPORTAR ACCIDENTE

REPORTAR ACCIDENTE



Estimado Usuario:

Se encontrará a punto de salir de este sitio para ser redireccionado a nuestro sitio web de Positiva Cuida.

En este módulo reporte los accidentes presentados por sus trabajadores, ingrese el número de documento y diligencie la información para finalizar el reporte de accidente. Para mayor información puede ver nuestro instructivo en el botón de ayuda.

↩ Continuar

Dar clic [AQUÍ](#) para continuar.

REPORTAR ACCIDENTE

- ✓ En este módulo reporte los accidentes presentados por sus trabajadores, ingrese el número de documento y diligencie la información correspondiente a los datos de la empresa.

Dígite Documento Trabajador :

Tipo - Número Documento	Nombre Trabajador	Tipo - Número Documento Empresa	Razón Social	Tipo Vinculación	Estado
XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Dependiente	Activo

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE
El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.

Datos Empresa | Datos Trabajador | Descripción Accidente | Datos Accidente

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculator laboral: Empleado

SEDE PRINCIPAL

Actividad económica	PROCESAMIENTO DE DATOS EL PROCESAMIENTO Y LA TABULACION DE TODO TIPO DE DATOS Y ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS	Código	1723001
Razón Social	SISTEMAS Y CO.	Tipo de indentificación	NI No. 8902
Dirección	KM 2 176 ANILLO VIAL FLORIDABLANCA GIRON	Teléfono	6343558
Correo electrónico	<input type="text" value="DSE"/>	Zona	Urbana
Correo electrónico 2	<input type="text"/>	Fax	<input type="text" value="645"/>
Departamento	SANTANDER Código 68	Municipio	FLORIDABLANCA Código 276

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? SI No Código 001

Ingrese el documento del trabajador y de clic en buscar.

Verifique la información y el estado del trabajador y de clic en Siguiente para continuar diligenciando los demás campos.

CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

Tenga en cuenta lo indicado y de clic en "Close" para continuar con el diligenciamiento.

SEÑOR EMPLEADOR O RESPONSABLE DEL REPORTE:

Close

Positiva Compañía de Seguros le informa que las notificaciones para este evento se realizarán a la dirección o correo electrónico del trabajador registrado en el presente reporte. Una vez hecho el reporte, usted se hace responsable de la validez y veracidad de los datos consignados. Por favor verifique si los datos son correctos o si desea actualizarlos. Gracias



Si selecciona la opción **Hay errores en los datos y deseo actualizarlos** se habilitan los campos y podrá realizar la modificación (Dirección, correo electrónico, teléfono, departamento y municipio). El registro se realizará con la información actualizada.

Si selecciona alguna de las demás opciones no podrá modificar la información y el registro quedará con la información mostrada.

Datos Empresa | Datos Trabajador | Descripción Accidente | Datos Accidente

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de vinculación Cooperador Independiente Planta

Primer apellido	Pruebas	Segundo apellido	
Primer nombre	camilo	Segundo nombre	
Tipo de Identificación	CC	No. Documento	11111111111111
Fecha nacimiento	13/01/1994	Sexo	F
Fax		Dirección	CRA 22A N 66-75 SUR
Correo electrónico	SINCORREO@GMAIL.COM	Nro. Teléfono y/o Celular	3108818773
Departamento	BOGOTÁ D.C.	Código departamento	11
Municipio	BOGOTÁ D.C.	Código municipio	001
¿Los datos corresponden?	Seleccionar		
EPS a la que esta afiliado	COOMEVA E. P. S. S. A.	Código EPS	EPS016
ARL a la que esta afiliado	POSITIVA	Código ARL	23
AFP a la que esta afiliado	SIN AFP (PENSIONADOS O NO OBLIGADOS A COTIZAR. PENS	Código AFP	0
Zona	<input checked="" type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	Fecha de inicio de cobertura	01/03/2017
Salario u honorarios (mensual)	1076000	Código Act. Econ. No	1723001
Cargo	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y AFINES	Código	4123
Fecha Ingreso a Empresa			

Anterior **Siguiente**

Dar clic para continuar.

CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

Datos Empresa

Datos Trabajador

Descripción del Accidente

Datos Accidente

III. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

PERSONAS RESPONSABLE DEL INFORME (Representate o Delegado)

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación

Seleccionar

No.

Cargo

DESCRIPCION

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

¿Hubo personas que presenciaron el accidente?

Si No

Apellidos y nombre completos

Documento de identificación

Seleccionar

No.

Cargo

Apellidos y nombre completos

Documento de identificación

Seleccionar

No.

Cargo

Anterior

Siguiente

Debe de incluir qué estaba haciendo el trabajador, parte del cuerpo afectada, lateralidad (Izquierda, derecha, superior, inferior, central), tipo de lesión (Quemadura, golpe, contusión, herida) y cargo.

Si selecciona "SI" debe diligenciar la información de las personas.

Dar clic para continuar.

CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

- ✓ Diligencie la información solicitada por el formulario, verifique que es correcta.

Datos Empresa | **Datos Trabajador** | **Descripción Accidente** | **Formulario de Reporte**

IV. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Jornada de trabajo habitual Diurna Nocturna Mixto Turnos

Fecha de accidente: Hora: -- Minutos: --

Día de la semana en que ocurrió el accidente **Jornada en que sucede** Normal Extra

¿Estaba realizando su labor habitual? Si No

Fecha en que inicia jornada laboral: Hora: -- Minutos: --

Tipo de accidente

¿Causo la muerte al trabajador? Si No

País: COLOMBIA **Codigo:** 51 **Departamento:** **Codigo:** **Municipio:**

Codigo:

Zona Urbano Rural **Lugar del accidente** 1. Dentro de la empresa 2. Fuera de la empresa

INDIQUE CUAL SITIO

TIPO DE LESION

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA

AGENTE DEL ACCIDENTE (AGENTE NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS)

MECANISMO O FORMA DE ACCIDENTE

CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

- ✓ Se pueden cargar máximo 10 archivos. **Tamaño Permitido: 29 MB**

Luego de darle clic en Guardar se genera el reporte y al correo registrado del empleador será enviado el reporte en formato PDF.

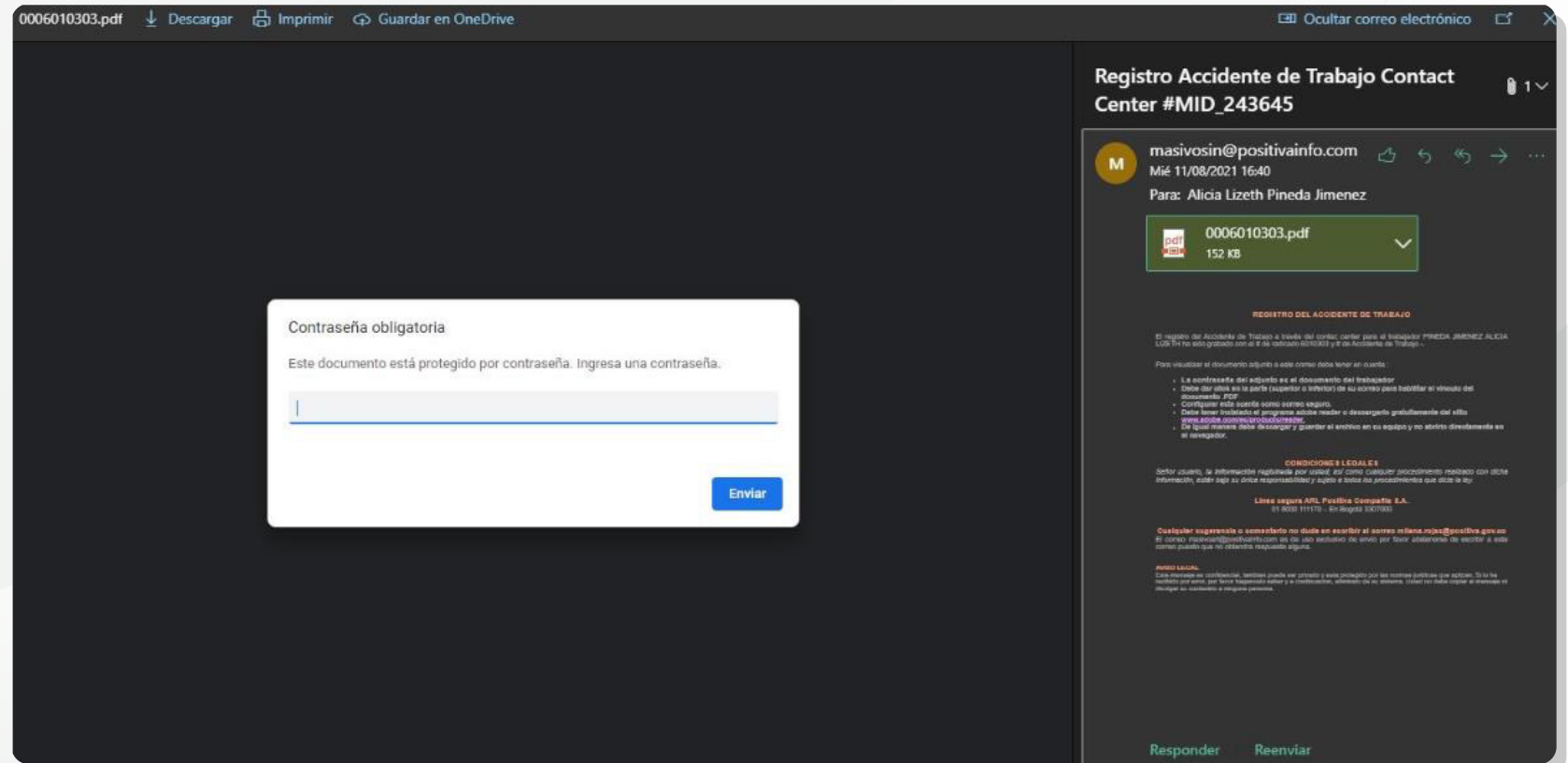


CONTINUAR

REPORTAR ACCIDENTE

✓ CORREO EMPLEADOR

Para visualizar el PDF debe **ingresar el número de documento** del trabajador.



The screenshot displays an email client interface. The main window shows a password prompt for a PDF document titled "0006010303.pdf". The prompt includes the text "Contraseña obligatoria" and "Este documento está protegido por contraseña. Ingrese una contraseña." with a text input field and an "Enviar" button.

The email header on the right side reads "Registro Accidente de Trabajo Contact Center #MID_243645" and is from "masivosin@positivainfo.com" dated "Mié 11/08/2021 16:40". The recipient is "Alicia Lizeth Pineda Jimenez".

The email body contains the following text:

REGISTRO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

El registro del Accidente de Trabajo a través del contact center para el trabajador PINEDA JIMENEZ ALICIA LIZETH ha sido grabado con el ID de contacto 0006010303 y el de Accidente de Trabajo...

Para visualizar el documento adjunto a este correo, debe hacer lo siguiente:

- La contraseña del adjunto es el documento del trabajador
- Debe dar clic en la parte superior o inferior de su correo para habilitar el vínculo del documento PDF
- Copiar esta cuenta como correo seguro.
- Dar clic izquierdo al programa adjunto desde el descargador gratuitamente del sitio www.milena.com/positivainfo/
- Si algún momento debe descargar el adjunto al correo en su equipo y no abrirlo directamente en el navegador.

CONDICIONES LEGALES

Por favor, la información registrada por correo del Contact Center procedimiento realizado con esta información, está sujeta a única responsabilidad y ayuda a toda la procedencia que dice la ley.

Línea segura ARL Positiva Compafia S.A.
01 8000 111170 - En Bogotá 3007000

Cualquier sugerencia o comentario no dude en escribir al correo milena.aj@positiva.gov.co El correo masivosin@positivainfo.com es de uso exclusivo de envío por favor abstenerse de escribir a este correo cuando que no debería responder alguna.

Nota Legal:
Este correo electrónico, también puede ser controlado y está protegido por las normas jurídicas que aplican. Si lo ha recibido por error, por favor respaldarlo antes y se desvincula, eliminado de sus sistemas. Usted no debe copiar ni divulgar ni divulgar su contenido a ninguna persona.

At the bottom of the email, there are "Responder" and "Reenviar" buttons.

CONTINUAR

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

2

Confirme o niegue los siniestros reportados.

[VER](#)

1

Clic aquí para desplegar las opciones

The screenshot displays the POSITIVA web portal interface. At the top, there is a header with the 'desk' logo and a search bar labeled 'NOMBRE DEL EMPLEADOR'. Below the header is a sidebar menu with a home icon and the label 'EMPRESA'. The sidebar menu items include: 'Consultar Siniestro', 'Reportar Accidente', 'Reporte Enfermedad Laboral', 'Consulta De AT-EL Reportados', 'Confirmación De Accidente' (highlighted with an orange box), 'Usuario Confirmación Aviso', 'Investigación de Incidentes y Accidentes', and 'Administrar Correos Furat'. The main content area features a large image of three people (two men and one woman) looking at a tablet. Below the image is the POSITIVA logo and the text 'COMPANIA DE SEGUROS'. At the bottom, there is a navigation bar with a 'Menú' dropdown arrow. The navigation bar contains five tabs: 'POSITIVA', 'EMPLEADORES ASOCIADOS AL US...', 'AFILIAR TRABAJADORES', 'NOVEDADES', 'GENERAR CARNE, CERTIFICADOS Y LISTADOS', 'GESTIÓN DEL SINIESTRO' (highlighted with an orange box), and 'INCAPACIDADES'. Each tab has a small globe icon in the bottom right corner.

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE



Estimado Usuario:

Se encontrará a punto de salir de este sitio para ser redireccionado a nuestro sitio web de Positiva Cuida.

En este módulo visualizará los accidentes reportados por terceros, los cuales deberá evaluar con el fin de confirmarlos o negarlos. Para mayor información puede ver nuestro instructivo en el botón de ayuda.

 Continuar

De clic aquí para
continuar con la consulta.

[VER](#)

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

- ✓ En este módulo visualizará los **Accidentes reportados por terceros**, los cuales deberá evaluar con el fin de confirmarlos o registrar la observación en caso que aplique.

The screenshot shows the POSITIVA web application interface. At the top left is the POSITIVA logo (COMPANÍA DE SEGUROS). At the top right is a 'Consulte la ayuda' link and a cartoon character. Below the header is a navigation bar with 'CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE' on the left and 'Bienvenido: SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.--6162' on the right. The main content area is titled 'Bandeja de confirmación accidentes de trabajo'. It contains two dropdown menus: 'Departamento' (set to 'Todos') and 'Estado' (with a dropdown menu open showing options: 'Todos', 'Confirmado', 'Sin Gestión', and 'Con observación'). To the right of these menus is a 'Buscar' button. Two orange callout boxes with arrows point to the 'Departamento' and 'Estado' menus, and another orange callout box with an arrow points to the 'Buscar' button.

POSITIVA
COMPANÍA DE SEGUROS

Consulte la ayuda

Positiva Cuida **Desarrollo**

CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE

Bienvenido: SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.--6162

Bandeja de confirmación accidentes de trabajo

Departamento: Todos ▼

Estado: Todos ▼
Todos
Confirmado
Sin Gestión
Con observación

Buscar

Seleccione el departamento y estado que desea consultar

Clic en buscar para visualizar los accidentes a evaluar.

CONTINUAR

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE



Consulte la ayuda



Positiva Cuida **Desarrollo**

CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE

Bienvenido: SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.--6162

Bandeja de confirmación accidentes de trabajo

Departamento

Estado

Todos

Todos

Buscar



Descargar el informe.

Clic en el radicado para **visualizar la información del accidente.** [VER](#)

Item	Radicado	Documento	Nombre	Fecha AT	Departamento	Estado	Opcion
1	201801001035285	79862139	LEMUS SANCHEZ CARLOS ALFREDO	15/03/2018	BOGOTA D.C.	CONFIRMADO	<input type="checkbox"/>
2	201801001035952	37514064	VELASCO PINTO MARISELA	16/03/2018	SANTANDER	CONFIRMADO	
3	201801001045496	38362174	SOSA ALVAREZ YINET	09/04/2018	TOLIMA	CONFIRMADO	

Una vez valide el accidente **seleccione para gestionar.**

Ingrese la observación y de clic **"con observación"** para guardar. [VER](#)

Clic en **"Confirmar"** para guardar. [VER](#)

Confirmar

Con Observación

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

✓ Se visualizan todos los accidentes reportados.

sinistros_confirmacion_10092021_449 - Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	ID_SINIESTRO	numero_Radicacion	ID_PERSONA	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2	FECHA_AT	ID_EMPRESA	estado	nom_depto	
2	3073	2,01801E+14	79	FERREIRA		JUAN		18/03/2018	8902	Confirmado	BOGOTA D.C.	
3	3073	2,01801E+14	375	VELASCO		MARCELA		19/03/2018	8902	Confirmado	SANTANDER	
4	3073	2,01801E+14	38	CAMARGO		YINA		20/03/2018	8902	Confirmado	TOLIMA	
5	31237	2,01801E+14	1018	ACOSTA		CAMILO		21/03/2018	8902	Confirmado	CAQUETA	
6	312	2,01801E+14	91250	PRIETO		PEDRO		22/03/2018	8902	Confirmado	SANTANDER	
7	3124	2,01801E+14	62	CORDOBA		ANDRES		23/03/2018	8902	Confirmado	VALLE	
8	3174	2,01801E+14	109321	GALLEGO		NATALIA		24/03/2018	8902	Confirmado	ANTIOQUIA	
9	3174	2,01801E+14	1098	MARTINEZ		YEISON		25/03/2018	8902	Confirmado	BOGOTA D.C.	
10	317	2,01801E+14	10306	ABAUNZA		ANDREA		26/03/2018	8902	Confirmado	BOGOTA D.C.	
11	3224	2,01801E+14	3225	SILVA		KAREN		27/03/2018	8902	Confirmado	ANTIOQUIA	
12	6131	2,01801E+14	1067	SILVA		YAJAIRA		28/03/2018	8902	Confirmado	CORDOBA	
13	9038	2,01801E+14	2912	IDARRAGA		TALATHA		29/03/2018	8902	Confirmado	VALLE	
14	11945	2,01801E+14	1100	FERREIRA		VALENTIN A		30/03/2018	8902	Confirmado	SANTANDER	
15	14852	2,01901E+14	37697	FERREIRA		FLORELVIA		31/03/2018	8902	Confirmado	SANTANDER	

CONTINUAR

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

Close

Datos del Siniestro
Estado:

Id Siniestro	TD Trabajador	Documento
377745314 -- ACTIVO	CC	1030656783
Apellido 1	Apellido 2	Nombre
MUNOZ	FLOREZ	MARCELA PATRICIA
EPS	AFP	Fecha Ateq
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	SIN AFP (PENSIONADOS o NO OBLIGADOS A COTIZAR PENSION)	16/09/2020
Td Empresa	Documento	Razón Social
NI	890206351	SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.
Id Scurisal	Id Centro Trabajo	Departamento
1	158	BOGOTA D.C.
Municipio	Id Actividad	Salario
BOGOTA D.C.	1723001	
Estemporaneo?	Correo 1	Correo 2
No	MARDILA@SYC.COM.CO	

Datos del Accidente de Trabajo

Id Acc. Lab.	Hora Accidente	Jornada Trabajo
367415642	15 : 20	Normal
Realizando Ocu. Habitual	Ocupación	
No	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y AFINES	
Hora Trabajo	Mortal	Fecha Muerte
07 : 50	No	
Zona	Departamento	Municipio
Urbana	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.
Tipo accidente	Sitio accidente	Otro sitio
Propios del trabajo	Otras areas comunes	
Lesion	Otra Lesion	Parte Cuerpo Afectada
Golpe o Contusión		Miembros inferiores
Agente Accidente Ambiente de trabajo(incluye superficies)	Mecanismo	Otro mecanismo
	Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo, o	
Fecha Diligenciamiento	Fecha Radicacion	Centro trabajo igual?
18/09/2020	18/09/2020	Si
Medio recepción	Recepcionado por	Responsable Informe
Web (Call Center) CON OBSERVACIÓN	YARI ALEXANDRA VILLANUEVA NEIRA	MARCELA PATRICIA MUÑOZ
Documento	Cargo	Fecha Ingreso
1030656783	OPERADORA AUXILIAR	04/02/2015
Descripción	LA TRABAJADORA SE ENCONTRABA SALIENDO DE LA OFICINA Y SE ESTABA HABLANDO POR TELÉFONO, INDICA QUE LA PIERNA IZQUIERDA UN POCO MAS ARRIBA DE LA RODILLA CAYO DENTRO DE UNA ALCANTARILLA CON CEMENTO CAUSANDO GOLPE Y RASPADURA, PRESENTA DOLOR E INFLAMACIÓN, Y TAMBIÉN PRESENTA DOLOR EN LA ESPALADA OPERADORA AUXILIAR CRA 9 59 43	

✓ Se visualiza la información completa del accidente reportado.

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

✓ CONFIRMAR

Puede confirmar que todos los datos de reporte de accidente son correctos.

POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

cuidapos.sycpruebas.com dice

¿Realmente desea CONFIRMAR?

Desarrollo

CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE

Aceptar

Bandeja de confirmación accidentes de trabajo

Departamento: Todos Estado: Todos Buscar

Item	Radicado	Documento	Nombre	Fecha AT	Departamento	Estado	Opcion
1	202001001037716	2222222222	NOMBRE NOMBRE	11/05/2020	TOLIMA	SIN GESTION	
2	202001001041866	1111111111	NOMBRE NOMBRE	04/04/2020	META	CONFIRMADO	
3	202001001051569	3333333333	NOMBRE	19/06/2020	BOGOTA D.C.	CON	

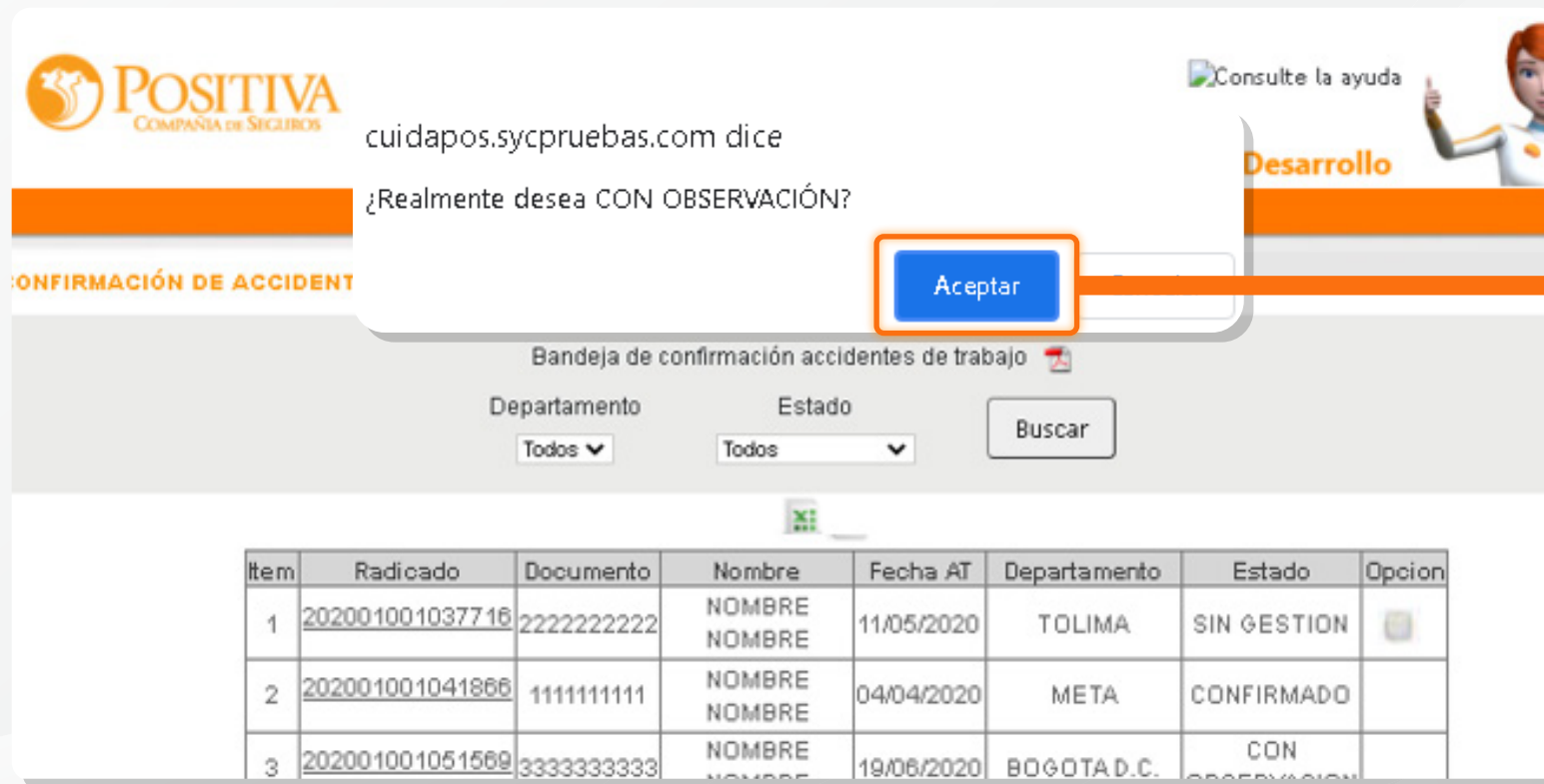
Dar clic para guardar.

CONTINUAR

CONFIRMACIÓN DEL ACCIDENTE

✓ CON OBSERVACIÓN

Puede enviar a este estado los reportes de accidentes que al verificar se evidencie datos que no coincide con lo sucedido.



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

cuidapos.sycpruebas.com dice

¿Realmente desea CON OBSERVACIÓN?

Desarrollo

CONFIRMACIÓN DE ACCIDENTE

Bandeja de confirmación accidentes de trabajo

Departamento: Todos Estado: Todos Buscar

Item	Radicado	Documento	Nombre	Fecha AT	Departamento	Estado	Opcion
1	202001001037716	2222222222	NOMBRE NOMBRE	11/05/2020	TOLIMA	SIN GESTION	
2	202001001041868	1111111111	NOMBRE NOMBRE	04/04/2020	META	CONFIRMADO	
3	202001001051589	3333333333	NOMBRE NOMBRE	19/06/2020	BOGOTA D.C.	CON OBSERVACION	

Dar clic para guardar.

CONTINUAR

ESTAMOS LISTOS PARA PONERNOS EN

ACCIÓN