

MANUAL DE USUARIO ESCRITORIO EMPRESARIAL

CONTINUAR



REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

2

Dar clic en Reporte
Enfermedad Laboral.

[VER](#)

1

De clic aquí para
desplegar las
opciones

dash NOMBRE DEL EMPLEADOR

EMPRESA

Consultar Siniestro

Reportar Accidente

Reporte Enfermedad Laboral

Consulta De AT-EL Reportados

Confirmación De Accidente

Usuario Confirmación Aviso

Investigación de Incidentes y Accidentes

Administrar Correos Furat

POSITIVA EMPLEADORES ASOCIADOS AL US... Menú

AFILIAR TRABAJADORES NOVEDADES GENERAR CARNÉ, CERTIFICADOS Y LISTADOS **GESTIÓN DEL SINIESTRO** INCAPACIDADES

POSITIVA
COMPANÍA DE SEGUROS

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

FORMULARIO DE ENFERMEDAD LABORAL

Limpiar

INFORMACIÓN GENERAL

Tipo documento del Trabajador *	Número documento del Trabajador *	Nombre Trabajador
Cédula Ciudadanía	1095816121	CONTRERAS VILLAMIZAR ANNY KATHERINE
Razón Social SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A. Tipo de indentificación NI No. 890206351		
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la s...	Actividad Económica CT	Departamento
No	PROCESAMIENTO DE DATOS EL PROCESAMIENTO Y LA *	SANTANDER
Municipio CT	Nombre Sede	Dirección de la sede
BUCARAMANGA	ADMINISTRATIVA	CLL 48 NO 27A 48 ED IDESAN

Diligencie el tipo y número documento del trabajador al cual le realizará el reporte.

Una vez diligenciada la información del trabajador, visualizará los datos del empleador con el que tienen relación laboral.

Para el campo «son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal», se despliegan dos opciones, al seleccionar SI, continuar al siguiente modulo; al seleccionar NO, deberá diligenciar la información del centro de trabajo.

Para los campos de actividad económica CT, Departamento, Municipio CT.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Jornada de Trabajo Habitual * Diagnosticado Por * Nombre Completo del Médico * No Registro Médico *

Código Diagnóstico * Fecha del Diagnóstico *

Agregar

1 - 4

SIGUIENTE

Lista desplegable con opción de selección única.

Campo con lista desplegable de selección única, búsqueda por código o descripción. [VER](#)

Clic en agregar para añadir otro diagnóstico (**Máximo 3, no es obligatorio colocar más de 1 diagnóstico**).

Clic en siguiente para continuar.

Se habilita calendario para selección de mes y día del diagnóstico, no puede ser superior a la actual.

Campo obligatorio para el campo número registro médico es alfanumérico de 4 caracteres mínimo.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Jornada de Trabajo Habitual

Diagnosticado Por

Nombre Completo del Médico

No Registro Médico

Código Diagnóstico

Fecha del Diagnóstico

- ✓ Si en el campo código de diagnóstico selecciona U071 o U072 se visualizarán 8 preguntas que son obligatorias para poder continuar.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

Estimado empleador, sus respuestas a las siguientes preguntas soportarán en gran manera la determinación del origen del siniestro.

¿El trabajador desempeña actividades de prevención para atención enfermedad COVID-19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador desempeña actividades de diagnóstico para atención enfermedad COVID-19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador desempeña actividades para atención enfermedad COVID 19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador hace parte del personal administrativo en institución de Salud que hace atención de pacientes de COVID 19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador hace parte del personal de aseo en institución de Salud que hace atención de pacientes de COVID 19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador hace parte del personal de vigilancia en institución de Salud que hace atención de pacientes de COVID 19? *

Seleccione.. ▼

¿El trabajador hace parte del personal de apoyo que hace atención de pacientes de COVID 19? *

Seleccione.. ▼

Indique actividad realizada

¿El trabajador hace alguna otra actividad relacionada en la prestación de servicios de pacientes COVID 19? *

Seleccione.. ▼

Cuales

Guardar

Cerrar

Si en las preguntas 7 y 8 selecciona **SI** debe de ingresar la respectiva respuesta.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

FORMULARIO DE ENFERMEDAD LABORAL

Limpiar

INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADO CON LA(S) ENFERMEDAD(ES)

<input type="checkbox"/> QUIMICO	<input type="checkbox"/> FISICO	<input type="checkbox"/> BIOLOGICO
<input type="checkbox"/> AMBIENTAL	<input type="checkbox"/> ERGONOMICO	<input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL

Tipo Documento Empresa *	Número Documento Empresa	Razón Social
<input type="text" value="Cédula Ciudadanía"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Riesgo	Tiempo de exposición (meses)	<input type="button" value="+"/>
<input type="text" value="Seleccione factor(es)"/>	<input type="text"/>	

Si cuenta con la información de factor de riesgo, seleccione el o los factores adecuados con su respectivo Sub-Factor.

Visualizará la información de su empresa, este campo es modificable y podrá relacionar las empresas con las cuales el trabajador estuvo expuesto.

Lista desplegable con los factores asociados seleccionados anteriormente.

Tiempo de exposición en meses.

Clic en el (+) para agregar otro factor.

Estos campos se deben diligenciar si seleccionó un factor de riesgo.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

Formulario de búsqueda con un menú desplegable, un campo de texto y un botón con un signo (+). Debajo del campo de texto hay un campo de búsqueda etiquetado como "Buscar:".

Nd Empresa	Nd Empresa	Razon Social	Meses Exposición	Factor
N	890206351	SISTEMAS+Y+COMPUTADORES+S.A.	6	FISICO
N	890206351	SISTEMAS Y COMPUTADORES S.A.	2	FISICO

Mostrando 1 a 2 de 2 Entradas

Botones de navegación: Anterior, 1, Siguiente.

Botón (+) para agregar otro factor.

Botón de papelera para eliminar registro.

Botón Siguiente para verificar factores.

Visualización de tiempo exposición en meses.

Clic en el (+) para agregar otro factor, se habilita tabla con factores asociados y tiempo de exposición.

Clic sobre el ícono de papelera, si se requiere eliminar registro.

Clic en siguiente cuando ha registrado muchos factores y desea verificar.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR

Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le han realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre-ocupacional

Periódica

Egreso o postocupacional

2 - 4

ANTERIOR

SIGUIENTE

Seleccione SI o NO según corresponda.

Clic en siguiente para continuar.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

Diligencia nombre del monitoreo entre 15 y 100 caracteres.

MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Monitoreo

Nombre(s) Monitoreo

Fecha de Monitoreo

Agregar

Marque SI, en caso que cuenta con la información de monitoreo.

Clic en agregar para adicionar un nuevo monitoreo.

Indique la fecha de monitoreo, esta no debe ser superior al día en curso.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME

Tipo documento Responsable ⓘ * Número documento del responsable ⓘ * Nombre completo responsable ⓘ * Cargo del responsable ⓘ *

Esta información corresponde a quien está realizando el informe y no es modificable, solo debe de ingresar el cargo.

PERSONA QUE REGISTRA EL INFORME

Tipo documento quien registra ⓘ * Número documento de quien registra ⓘ * Nombre completo quien registra ⓘ * Cargo de quien registra ⓘ *

Esta información corresponde a quien está registrando el informe y es modificable.

3 - 4

ANTERIOR

SIGUIENTE

Clic en siguiente para continuar.

CONTINUAR

REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

La historia clínica es obligatoria para finalizar el reporte.

De clic en esta opción para abrir el buscador y hacer cargue del archivo.

ANEXOS

Historia clínica
Documento Obligatorio - Máximo 5 archivos(s). Tamaño Permitido: 4 GB

[+]
[png,pdf]

El Archivo 1585596940019_sync_95.PDF ha sido cargado. [Eliminar]

Otros Documentos
Documento Opcional - Máximo 5 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 GB

[+]
[png,pdf]

En este modulo puede cargar documentación diferente a historia clínica, tenga en cuenta que es opcional.

Si desea eliminar el archivo cargado, de clic en esta opción y realice nuevamente el cargue.

4 - 4

ANTERIOR

FINALIZAR

Clic en anterior para regresar a modificar datos.

Clic en finalizar para dar por terminado el reporte.

CONTINUAR



REPORTE ENFERMEDAD LABORAL

FORMULARIO DE ENFERMEDAD LABORAL

Señor Usuario,

Le informamos que su solicitud ha sido ingresada con los siguientes datos Caso y Solicitud Número 977611 - 3389258. Una vez sea aprobada o revisada por nuestra compañía le llegará un correo (registrado en este portal) indicando el estado.

Aceptar

Clic en aceptar para cerrar la ventana.

CONTINUAR

ESTAMOS LISTOS PARA PONERNOS EN

ACCIÓN