

# FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES


**AV09**

Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de  
 (3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad

2021-01-000-237181 - 24/09/2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador)			Tipo de doc: NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>	
EXCAVACIONES CORREA MEJIA S.A.S.			9 0 1 2 4 5 2 7 1	
Dirección del solicitante			Departamento	Municipio
CRA 32 7 11			VALLE DEL CAUCA	YUMBO
Teléfono			Correo electrónico	
3168658604			EXCAVACIONESCORREAMEJI,	

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA	
Razón Social o Nombre	Tipo de documento: NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>
	Tipo de reconocimiento
	Cobro Directo <input checked="" type="checkbox"/> Descuento por Autoliquidación <input type="checkbox"/>

Señor Usuario recuerde que si su información bancaria esta errada su trámite de pago tomará tiempo adicional.

3. INFORMACIÓN BANCARIA		
Nombre de la Entidad Bancaria	Número de: Cuenta Corriente <input checked="" type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Titular de la Cuenta
B. BBVA	0 0 7 2 0 2 9 1 6 8	EXCAVACIONES CORREA MEJIA S.A.S.

4. DATOS DEL INCAPACITADO				5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ							
TIPO	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA SINIESTRO			DIAS	APRENDIZ SENA	TIPO	DOCUMENTO	DV
1.	C 1143949280	RENDON MARTINEZ	CHRISTIAN ALBERTO	23	09	2021	7		N	901245271	
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Firma	
EXCAVACIONES CORREA	
No. Cédula:	901245271

- Información del Solicitante:** datos de quien solicita el reconocimiento de la incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
  - » Empleador: cuando el solicitante es la empresa.
  - » Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
  - » Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reporto el evento.
  - » Trabajador independiente: se entendera como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vínculo laboral.
  - » Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
- Datos de la empresa:** diligenciar únicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
  - » Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso:
  - » Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
  - » Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
- Información Bancaria:** se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
- Datos del Incapacitado:** información del trabajador objeto del accidente:
  - » Tipo de documento: C= Cédula de ciudadanía; E= Cédula de extranjería; T= Tarjeta de identidad; P=Pasaporte; D=Carné diplomático; M=Permiso Especial de Permanencia

- » Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
- » Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
- » Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año)
- » Días de incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta medica.
- » Aprendiz SENA: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.

**5. Datos de la empresa con que se accidentó:** campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vínculo laboral con empresa diferente a la que reporto el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.

**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.

☐ AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

¿Excenta del pago de aportes en salud? ☐ Si ☐ No