

# Instructivo

para el diligenciamiento del

## Formulario de Medicina Laboral



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.



Colmena  
Seguros



UNA EMPRESA DE  
FUNDACIÓN  
GRUPO SOCIAL



**Bienvenido(a) al Formulario de Radicación de Medicina Laboral**  
Te invitamos a diligenciar el siguiente formulario para continuar.

Recuerda que a través de este formulario podrás recibir información sobre la gestión Médico-Laboral, es decir, relacionada con los procesos de Calificación de Origen de probable enfermedad laboral y Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional (P.L.C.O.), que son: Notificación de Dictamen de calificación, Controversia, Apelación, Solicitud Pago de honorarios, Devolución de Expediente, Solicitud de valoración especializada e exámenes.

**El Radicador es el mismo Trabajador / Afiliado? \***

Selecciones  
Subselecciones  
SI  
NO

[Seguir](#)

▶ Mensaje de bienvenida y comentarios iniciales.

▶ Se debe seleccionar una de las dos opciones (SI o NO) de la lista desplegable, de lo contrario, no le permitirá avanzar.

**En caso de seleccionar SÍ, autoriza la política tratamiento de datos personales.**

◀ Si se elige la opción de **SI**, aparece el mensaje y la casilla para autorizar por parte del cliente, la política de tratamiento de datos personales y poder avanzar.

Aparece un link en azul para que la persona que registra el formulario lo pueda leer en otra ventana del navegador, haciendo clic sobre el mismo.

**Bienvenido(a) al Formulario de Radicación de Medicina Laboral**  
Te invitamos a diligenciar el siguiente formulario para continuar.

Recuerda que a través de este formulario podrás recibir información sobre la gestión Médico-Laboral, es decir, relacionada con los procesos de Calificación de Origen de probable enfermedad laboral y Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional (P.L.C.O.), que son: Notificación de Dictamen de calificación, Controversia, Apelación, Solicitud Pago de honorarios, Devolución de Expediente, Solicitud de valoración especializada e exámenes.

**El Radicador es el mismo Trabajador / Afiliado? \***

SI  NO

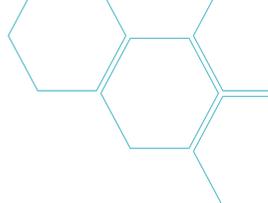
Autoriza a Colmena Seguros para el tratamiento de mis datos personales, conforme a las Políticas de Tratamiento De Datos Personales que se encuentran a mi disposición. \*

Puede consultar las políticas haciendo clic aquí. \*

Puede consultar las políticas haciendo clic aquí. \*

[Seguir](#)

▶ Ya se permite avanzar haciendo clic en el botón **Seguir**.



**Datos del Afiliado o Usuario**  
Se protegerán los datos ingresados con absoluta confidencialidad.

Nombre o razón social \*

Tipo de identificación \*      Número de identificación \*

Número de Teléfono / Celular \*

Correo electrónico \*

Dirección de correspondencia \*      Departamento y Ciudad/Municipio

Atrás      Seguir

▶ Esta página permitirá ingresar los datos del afiliado, los campos con (\*) son obligatorios.

▶ **Atrás** Este botón nos permite devolvemos a la página anterior.

**Seguir** Este botón nos permite avanzar a la página siguiente.

**Ejemplo de cómo diligenciar los campos:**

**Datos del Afiliado o Usuario**  
Se protegerán los datos ingresados con absoluta confidencialidad.

Nombre o razón social \*  
ANDRES LOPEZ

Tipo de identificación \*      Número de identificación \*  
CC - CEDULA DE CIUDAD/      93456789

Número de Teléfono / Celular \*  
312456789

Correo electrónico \*  
andreslopez@gmail.com

Dirección de correspondencia \*      Departamento y Ciudad/Municipio  
CL 1 CR 1      AMAZONAS  
LETCIA

Atrás      Seguir



**Trámite**  
Te invitamos a ingresar los datos del Procedimiento a realizar.

**Nombre de servicio \***  
Seleccione una opción de esta lista desplegable

**Adjuntar Documentos soportes \***  
Buscar archivos en el PC

**Observaciones**  
Escriba aquí...

Ingrese el texto del ejemplo en el cuadro inferior: \*

Enviar

Atrás

▶ Esta página permitirá ingresar los datos del servicio solicitado, los campos con (\*) son obligatorios.

- 1 Se debe seleccionar un **Nombre de servicio** de la lista desplegable.
- 2 Se debe adjuntar el documento soporte.
- 3 Este campo es para confirmar que el registro lo realiza una persona, se debe ingresar en el cuadro inferior las letras que descifra del cuadro superior.

▶ **Atrás** Este botón nos permite devolvemos a la página anterior.

▶ **Enviar** Este botón nos permite enviar los datos a Colmena Seguros para que sea tramitada la solicitud.

**Ejemplo de cómo diligenciar los campos:**

**Trámite**  
Te invitamos a ingresar los datos del Procedimiento a realizar.

**Nombre de servicio \***  
Notificación Dictamen de calificación (\*)  
Seleccione una opción de esta lista desplegable

**Adjuntar Documentos soportes \***  
Buscar archivos en el PC

**Observaciones**  
Escriba aquí...

Ingrese el texto del ejemplo en el cuadro inferior: \*

Enviar

Atrás

En caso de seleccionar NO, el formulario NO solicitará la autorización de la política tratamiento de datos personales y se podrá avanzar a la siguiente página.

El Radicador es el mismo Trabajador / Afiliado? \*

NO

▶ Cuando se selecciona **NO** de la lista desplegable.

### Datos del Radicador

Se protegerán los datos ingresados con absoluta confidencialidad.

Tipo de radicador \*

Empresa  
EPS  
COP  
Juntas

▶ Se debe seleccionar un tipo de radicador de la lista desplegable.

### En opción Empresa:

Tipo de radicador \*

Empresa

Datos del Remitente

▶ Se selecciona el tipo de radicador: **Empresa**.

Nombre o razón social \*

ANDRES LOPEZ

▶ Se activa abajo el campo **Nombre o razón social** para ingresar la información.

## En opción EPS:

Tipo de radicador \*

EPS

Datos del Remitente

▶ Se selecciona el tipo de radicador: **EPS**.

EPS \*

Salud Colmena EPS S.A.  
Salud Total S.A. E.P.S.  
Cafesalud E.P.S. S.A.  
E.P.S. Sanitas S.A.  
E.P.S. Unimec - Liquidación  
Compensar E.P.S.  
EPS Prog. Comfenalco Antioquia  
SuSalud EPS - (Suramericana)  
Colseguros E.P.S.  
Comfenalco Valle E.P.S.  
E.P.S. Saludcoop  
Humana Vivir S.A. E.P.S.  
EPS Servicios Médicos Colpatría  
Cooomeva E.P.S.  
E.P.S. Famisanar LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO  
E.P.S. Servicio Occidental de Salud S.A.-EPS-S.O.S.  
Cruz Blanca E.P.S. S.A.  
Solsalud S.A. EPS.  
SALUDVIDA S.A. EPS

▶ Se activa abajo una lista desplegable de las EPS para seleccionar una.

## En opción AFP:

Tipo de radicador \*

AFP

Datos del Remitente

▶ Se selecciona el tipo de radicador: **AFP**.

AFP \*

Fondo de pensiones Colfondos  
Fondo de pensiones Porvenir  
Fondo de pensiones Protección  
Fondo de pensiones Skandia  
Fondo de pensiones Colpensiones (público)

▶ Se activa abajo una lista desplegable de las AFP para seleccionar una.

## En opción Juntas:

Tipo de radicador \*  
Juntas  
Datos del Remitente

**JUNTAS \***

- Junta Nacional de Calificación de Invalidez
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Valle del Cauca
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Atlántico
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Norte de Santander
- Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Córdoba
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Sucre
- Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Quindío
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Caldas
- Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño
- Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cauca
- Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila
- Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima

▶ Se selecciona el tipo de radicador: **Juntas**.

▶ Se activa abajo una lista desplegable de las Juntas para seleccionar una.

## Ejemplo de cómo diligenciar los campos:

**Datos del Radicador**  
Se protegerán los datos ingresados con absoluta confidencialidad.

Tipo de radicador \*  
EPS  
Datos del Remitente

**EPS \***  
E.P.S. Saludcoop

Tipo de identificación \*      Número de identificación \*  
CC - CEDULA DE CIUDAD      93456789

Número de Teléfono / Celular \*  
312456789

Correo electrónico \*  
andreslopez@gmail.com

Dirección de correspondencia \*      Departamento y Ciudad/Municipio  
CL 1 CR 1      AMAZONAS  
LETCIA

Atrás      Seguir

Elegir el tipo de trámite, se deben adjuntar los documentos soporte y escribir en observaciones, si es necesario, luego hacer clic en enviar.

**Trámite**  
Te invitamos a ingresar los datos del Procedimiento a realizar.

Diligenciar los datos del Afiliado o usuario unicamente

**Nombre de servicio \***  
Seleccione una opción de esta lista desplegable.  
Este campo es obligatorio.

**Adjuntar Documentos soportes \***  
Buscar archivos en el PC

**Observaciones**  
Escriba aquí...

Ingrese el texto del ejemplo en el cuadro inferior

deabt-  
deabt

Enviar

**Nombre de servicio \***  
Notificación Dictamen de calificación (\*)  
Controversia / Apelación (\*)  
Solicitud Pago de honorarios  
Devolución de Expediente (\*)  
Solicitud valoración ó exámenes (\*)  
Otros (Especifique cual)

Se debe seleccionar una opción de la lista desplegable

Este campo es para confirmar que el registro lo realiza una persona, se debe ingresar en el cuadro inferior las letras que descifra del cuadro superior.

Al seleccionar el tipo de trámite que se desea realizar, se deberán ingresar datos como: **Tipo de Identificación, Número de Identificación, Nombres y Apellidos, Celular, Dirección y correo electrónico**, los campos con (\*) son obligatorios.

**Nombre de servicio \***  
Notificación Dictamen de calificación (\*)  
Seleccione una opción de esta lista desplegable

**AFILIADO O USUARIO AL QUE CORRESPONDE LA SOLICITUD:**

Tipo de ID. *	Núm. de Ident. *	Nombres y Apellidos *	Celular *	Dirección *	Correo/Email
CC - Céd. de ciudadanía	Ingrese #	Ingrese su nombres	Ingrese el	Ingrese la Dirección	Ingrese el Email

Tener en cuenta que, si se selecciona **Solicitud pago de honorarios** o la opción **Otros (Especifique cual)** no se necesita adjuntar documentos soporte.

Diligenciar los datos del Afiliado o usuario únicamente

Nombre de servicio \*

Afiliado o usuario al que corresponde la solicitud:

Observaciones

Ingrese el texto del ejemplo en el cuadro inferior: \*

No se activará el botón de Adjuntar documentos soportes

### Ejemplo de cómo diligenciar los campos:

Trámite

Te invitamos a ingresar los datos del Procedimiento a realizar.

Diligenciar los datos del Afiliado o usuario únicamente

Nombre de servicio \*

Afiliado o usuario al que corresponde la solicitud:

Adjuntar Documentos soportes \*

Observaciones

Ingrese el texto del ejemplo en el cuadro inferior: \*

Enviar

Este botón nos permite enviar los datos a Colmena Seguros para que sea tramitada la solicitud.

Al hacer clic en **Enviar**, se recibirá un mensaje de confirmación con los datos diligenciados en el **Formulario de Medicina Laboral**.



Para terminar, verificar el correo electrónico y buscar el mensaje de confirmación enviado desde el correo electrónico **radicadosarl@ext.colmenaseguros.com**