Señor(a):
MUNICIPIO DE PRADERA
Dirección: CL 6 CON KR 11 ESQUINA
Teléfono: 2672653
Correo: sst.pradera.valle@gmail.com
VALLE DEL CAUCA - PRADERA

Asunto: ARPEEA - CC - 29704980 - LUCY ARRECHEA HURTADO

Respuesta AL RAD ENT20260001917728 del 24/09/2026. Afiliada LUCY ARRECHEA HURTADO - CC - 29704980 -Siniestro: 518505703 - 09/09/2025.

Cordial saludo.

En atención al oficio remitido por usted mediante RAD ENT20260001917728 del 24/09/2026 en el cual aporta pruebas para la determinación de origen en primera oportunidad. Positiva Compañía de Seguros S.A se permite agradecer la información suministrada, acusa recibido y se permite emitir respuesta en los términos que a continuación se describen:

Una vez realizada la revisión de la documentación allegada, técnicamente se considera que por el momento no cuenta con la información necesaria para la calificación de origen de enfermedad en primera oportunidad.

Por un lado, hace falta aporte de documentos solicitados a empleador y por parte de la afiliada.

Por lo que, dentro de los requisitos planteados, se REITERA el aporte completo de las pruebas solicitadas mediante consecutivo GES-25477 del 20/08/2026 al empleador, que incluye:

- *Análisis de puesto de trabajo con énfasis psicosocial que caracterice el factor de riesgo laboral y extralaboral del trabajador - (Empleador).*
- *Certificación de cargos, funciones y jornada laboral en la empresa actual - (Empleador).*

Así mismo, se REITERA el aporte de pruebas solicitadas a la trabajadora que incluye:

- *Copia de todas las historias clínicas de la EPS e IPS donde ha sido atendido (actuales y anteriores), por PSIQUIATRIA que incluya todo el proceso de estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología TRASTORNOS DE ADAPTACION (F432).*
- *Copia de las pruebas diagnósticas que le han realizado para las patologías en estudio como por ejemplo test de personalidad, prueba neuropsicológica, etc.*

El aporte documental deberá realizarse en tiempo máximo de 57 días calendarios siguientes al recibido de la comunicación escrita; en caso de requerir prorroga, deberá ser referido durante dicho periodo y fundamentado en la eventualidad que se requiera la práctica de pruebas o evaluaciones médicas complementarias, el plazo de prorroga es otorgado por una sola vez, hasta por quince días (15) calendarios adicionales.
En caso de requerir información adicional podrá comunicarse a través de nuestras líneas Positiva donde le brindaremos atención correspondiente, marcando a Nivel Nacional 018000111170 y en Bogotá 601 3307000 o dirigir su comunicación al correo electrónico solicitudesmedicinalaboral@positiva.gov.co.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4_1_3_FR15 v_011

Cordialmente,



PROFESIONAL
GERENCIA MEDICA EXCELENCIA

Anexo: 0
copia: LUCY ARRECHEA HURTADO / LUCY-0330@HOTMAIL.COM
Elaboró: LEIDY JINETH GARCIA GOMEZ - PROFESIONAL - 6 GRUPO CENTRO DE EXCELENCIA
Revisó: Diana Paola Cediel Barrera - PROFESIONAL - 6 GRUPO CENTRO DE EXCELENCIA
Aprobador: Angie Paola Barbosa Rodriguez - PROFESIONAL - GERENCIA MEDICA EXCELENCIA
Forma de envío: Correo electrónico certificado

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4_1_3_FR15 v_011

Positiva Compañía de seguros S.A; NIT: 860.011.153-6 • **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000. **Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo *(Principal)* • Pablo Valencia *(Suplente)* • Email: defensordelcliente@positiva.gov.co • Dirección: Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá +57 (601) 6108164 • Lunes a Viernes 8:00 a. m. a 6:00 p. m. El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. **Más información:** www.positiva.gov.co/atencion-servicio/educacion-financiera/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o a la Superintendencia Financiera de Colombia, u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS