

Señores

**JUZGADO CUARENTA Y SEIS ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE
BOGOTÁ
SECCIÓN SEGUNDA**

E. S. D.

**ASUNTO: PODER
MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL
DERECHO
DEMANDANTE: AIDA GRACIELA ROSERO MONTENEGRO Y
OTROS
DEMANDADO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL
SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD – ADRES Y ARL AXA COLPATRIA
RADICADO: 110013342-046-2021-00031**

NATALIA VILLADA ROJAS, mayor de edad, vecina de Cali (V), identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.086.922.093 de San Lorenzo (N), en mi calidad de representante legal de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A** legalmente constituida, domiciliada en Bogotá, sometida al control y vigilancia permanente de la Superintendencia Financiera, tal como consta en el certificado anexo, manifiesto que confiero poder especial al amplio y suficiente al **Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA**, mayor de edad, domiciliado en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, correo notificaciones@gha.com.co para notificarse del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, contestar la demanda y/o llamamiento en garantía, recibir, conciliar, transigir, desistir, sustituir y reasumir este poder y en general representar a la precitada compañía en el proceso citado en la referencia.

Sírvase reconocerle personería en los términos de ley.

Atentamente,



NATALIA VILLADA ROJAS

C.C. No. 1.086.922.093 de San Lorenzo

Acepto:



GUSTAVO ALBERTO HERRERA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No.39.116 del C.S.J

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ARL

NIT 860.002.183-9

CERTIFICA

Que a la fecha esta Administradora de Riesgos Laborales ha realizado pagos por concepto de reconocimiento de Incapacidades Temporales a favor del trabajador (a) **FREDY YESSID VALLEJO** identificado (a) con número de documento **1085276010** por un total de **DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/Cte. (2725567)** correspondiente a **103** días pagados a través de su(s) empleador(es) o contratante(s) de acuerdo con la relación anexa.

La presente se expide en Bogotá D. C. el miércoles, 12 de junio de 2024

Cordialmente,



Oscar Alfonso Téllez Romero
Dirección Prestaciones Económicas
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Elabora: Xaherreram

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com



EPS A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO		CÓDIGO ARL
APP A LA QUE ESTA AFILIADO		SEGURO SOCIAL		CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL	
PORVENIR		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUÁL		PORVENIR	
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL		SEDE PRINCIPAL		CÓDIGO	
(1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA		EMPRESAS DEDICADAS A LA	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No.	
ADMITHEL LTDA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		814004166	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
CLL 19 NO 28-72		7312103		7312103	
CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)					
ADMITHELLTDA@YAHOO.COM					
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
NARINO		52	PASTO	1	U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					
ADMITHEL LTDA					
SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCIÓN Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS		CÓDIGO	
				3749101	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
CLL 19 NO 28-72		7312103		7312103	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
NARINO		52	PASTO	1	U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
TIPO DE VINCULACIÓN					
(1) PLANTA <input type="checkbox"/> (2) MISIÓN <input checked="" type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> (5) CÓDIGO <input type="checkbox"/>					
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		
VALLEJO			ROSERO		
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
FREDY			YESSID		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No.		0 3 1 0 1 9 9 4		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		FAX	
cra 6ta N° 17-39 Barrio VENECIA		3203894243		7312103	
DEPARTAMENTO		CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA
NARINO		52	PASTO	1	U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>
CARGO		VENDEDOR			
OCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
VENEDORES AMBULANTES Y AFINES		911	1 9 0 3		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
0 1 0 3 2 0 1 5		644350,00		(1) DIURNA <input checked="" type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTO <input type="checkbox"/> (4) TURNOS <input type="checkbox"/>	
MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					
ACCIDENTE POR CAÍDA EN ALTURAS					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
1 0 0 6 2 0 1 5		0 7 1 5		LU MA XI JU VI SA DO	
JORNADA EN QUE SUCEDE					
(1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/>					
ESTABA REALIZANDO LABOR HABITUAL?		DILIGENCIAR SÓLO EN CASO NEGATIVO?		CÓDIGO	
(1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		CUÁL		0	
TIPO DE ACCIDENTE		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE		CÓDIGO	
(1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRÁNSITO <input checked="" type="checkbox"/> (3) DEPORTIVO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (4) PROPIOS DEL TRABAJO <input type="checkbox"/>		0 0 1 5		0	
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DE ACCIDENTE	
(1) SI <input type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/>		NARINO		PASTO	
DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		CÓDIGO	
U <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		(1) DENTRO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> (2) FUERA DE LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>		1	
INDIQUE CUÁL SITIO:					
<input type="checkbox"/> (1) ALMACÉNES O DEPÓSITOS		<input type="checkbox"/> (4) CORREDORES O PASILLOS		<input type="checkbox"/> (7) OFICINAS	
<input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN		<input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS		<input type="checkbox"/> (8) OTRAS ÁREAS COMUNES	
<input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS		<input checked="" type="checkbox"/> (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR		<input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR	
TIPO DE LESIÓN: (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)					
<input checked="" type="checkbox"/> (10) FRACTURA		<input type="checkbox"/> (41) HERIDA		<input type="checkbox"/> (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE	
<input type="checkbox"/> (20) LUXACIÓN		<input type="checkbox"/> (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)		<input type="checkbox"/> (81) ASFIXIA	
<input type="checkbox"/> (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA		<input type="checkbox"/> (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO		<input type="checkbox"/> (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	
<input type="checkbox"/> (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO		<input type="checkbox"/> (60) QUEMADURA		<input type="checkbox"/> (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN	
<input type="checkbox"/> (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (exclusión o pérdida del ojo)		<input type="checkbox"/> (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA		<input type="checkbox"/> (90) LESIONES MÚLTIPLES	
				<input type="checkbox"/> (99) OTRO, ESPECIFIQUE:	
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:					
<input type="checkbox"/> (1) CABEZA		<input type="checkbox"/> (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)		<input type="checkbox"/> (4, 45) MANOS	
<input type="checkbox"/> (1, 12) OJO		<input type="checkbox"/> (3, 32) TORAX		<input type="checkbox"/> (5) MIEMBROS INFERIORES	
<input type="checkbox"/> (2) CUELLO		<input type="checkbox"/> (3, 33) ABDOMEN		<input type="checkbox"/> (5, 56) PIES	
		<input checked="" type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES		<input type="checkbox"/> (6) UBICACIONES MÚLTIPLES	
				<input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS	
AGENTE DEL ACCIDENTE *CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR*					
<input type="checkbox"/> (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS		<input type="checkbox"/> (3,36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS		<input type="checkbox"/> (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, rampas, fogones, en el exterior, interior o subterráneos)	
<input checked="" type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE		<input type="checkbox"/> (4) MATERIALES O SUSTANCIAS		<input type="checkbox"/> (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	
<input type="checkbox"/> (3) APARATOS		<input type="checkbox"/> (44) RADIACIONES		<input type="checkbox"/> (6,61) ANIMALES (Vivos o productos animales)	
				<input type="checkbox"/> (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	
MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:					
<input type="checkbox"/> (1) CAÍDA DE PERSONAS		<input type="checkbox"/> (4) ATRAPAMIENTOS		<input type="checkbox"/> (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD	
<input type="checkbox"/> (2) CAÍDA DE OBJETOS		<input type="checkbox"/> (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO		<input type="checkbox"/> (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS	
<input checked="" type="checkbox"/> (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES		<input type="checkbox"/> (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA		<input type="checkbox"/> (9) OTRO, ESPECIFICAR	
DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE.					
el accidente se produce saliendo a ruta habitual del trabajo de ventas tienda a tienda en la zona del barrio pandiaco se atravesó un perro el cual provocó el accidente haciendo que se caiga el señor en mension y produjo la muerte del animal y fractura de las muñeca de los miembros superiores del cuerpo					
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE					
Hubo personas que presenciaron el accidente? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo diligencie la siguiente información:					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO	
RICARDO ENRIQUEZ		NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No.		VENDEDOR TAT	
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		CARGO	
		NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No.			
RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No.	
JOHANA CATHERINE ROSALES BOLAÑOS		NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>		1085281527	
CARGO		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE		FIRMA	
ASISTENTE ADMINISTRATIVA		1 0 0 6 2 0 1 5			

- ORIGINAL: I.P.S. - E.P.S. - FORMA ARL0156P - ENERO - 2018

Anexo: Detalle información del accidente

Razón Social Empresa: ADMITHEL LTDA

Nit Empresa: 814004166

Nombre empleado: FREDY YESSID VALLEJO ROSERO

Número Identificación Empleado: 1085276010

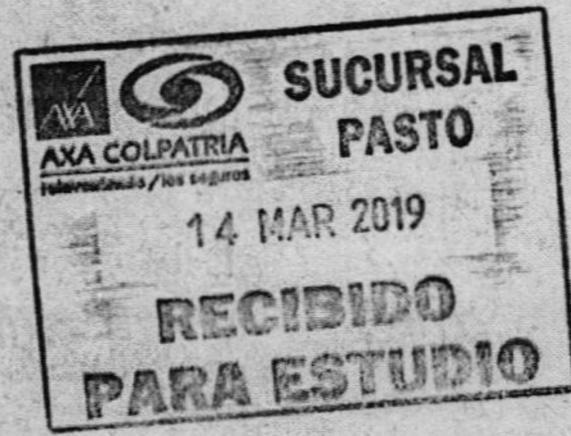
Fecha de AT: 1 0 0 6 2 0 1 5

el accidente se produce saliendo a ruta habitual del trabajo de ventas tienda a tienda en la zona del barrio pandiaco se atravesó un perro el cual provoco el accidente haciendo que se caiga el señor en mension y produjo la muerte del animal y fractura de las muñeca de los miembros superiores del cuerpo

AIPP
Legislación



San Juan de Pasto, 14 de marzo de 2019



Señores
AXA COLPATRIA
Ciudad

Asunto: Aceptación de calificación de pérdida de capacidad laboral.

Yo, **FREDDY YESSID VALLEJO ROSERO**, identificado con C.C 1085276010 de Pasto, me dirijo a Ustedes con el fin de aceptar la calificación dada de un 13.98% por el accidente de trabajo con diagnóstico de FRACTURA DE LA EPIFISIS DE RADIO que tuve el día 10 de junio de 2015.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Freddy Yessid Vallejo Rosero
FREDDY YESSID VALLEJO ROSERO 1.085.276.010 Pasto

C.C 1.085.276.010 de Pasto

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que VALLEJO ROSERO FREDDY YESSID identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1085276010 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

- Cuenta Corriente No. *****- //
- Cuenta de Ahorros No. 939014106 abierta desde el 07/03/19
- Créditos hasta por valor de \$0.00

CONCEPTO: CUENTA DE AHORRO EN ESTADO NORMAL

Se expide en PASTO el día 14 del mes de Marzo del año 2019 con destino a AXA COLPATRIA


Firma Autorizada
939 Terminal de Transportes de Pasto

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SOLICITUD DE ABONO EN CUENTA

Fecha: 8-03-19.

Por medio de la presente solicito a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA-ARL que en adelante efectué los pagos que me correspondan, mediante el sistema de abono directo en la cuenta que se especifica a continuación:

(Para el diligenciamiento tenga en cuenta la nota aclaratoria del final)

Nombre: Freddy Yessid Vallejo Rosero

Nit o cedula: 1.085.276.010

Nombre de la entidad bancaria: Banco de Bogotá

Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

Número de cuenta: 939014106

E-mail freddyessid123@hotmail.com

No Telefónico Fijo: 7309908

No Teléfono Celular 3114644346

Dirección/Ciudad: Kia 6ª # 17-39 Barrio / Venecia

Como usuario de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA SA-ARL, me comprometo a revisar en la entidad bancaria autorizada los depósitos realizados

Nombre de usuarios (a): Freddy Yessid Vallejo Rosero

Firma del usuario (a): Freddy Yessid Vallejo Rosero

1.085.276.010 Rosero



(HUELLA)

Nota: El No de cedula de ciudadanía del usuario(a) debe coincidir con el titular de la cuenta para que se haga efectivo el pago.

Certificación original de la entidad bancaria (que informe el nombre del titular de la cuenta con su identificación, el número y tipo de cuenta).

Oficina principal: Carrera 7 No.24-89 *Bogotá D.C Colombia* www.axacolpatria.co

Línea integral de atención al cliente AXA COLPATRIA Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 018000 512620 para el resto del país

correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del consumidor financiero ubicada en la calle 128 No. 7-90 piso 2, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones 4910. 4911. 4830. 3473 (fax). Correo electrónico: defensoria@colpatria.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.276.010**
VALLEJO ROSERO

APELLIDOS **FREDDY YESSID**

NOMBRES *Freddy Yessid Vallejo Rosero*

FIRMA *[Signature]*

REPUBLICA DE COLOMBIA



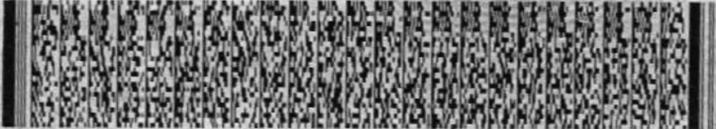
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1989**
PASTO
 (NARIÑO)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 **A+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

19-SEP-2007 PASTO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2300100-00093801-M-1085276010-20081012 0004260025A 1 26071977



111111114044508



NOTIFICACION DE EVALUACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Santiago de Cali, 28 de Febrero de 2019
Señor(a)
FREDDY YESID VALLEJO ROSERO
Dir.CARRERA 6A No 17-39 BARRIO VENECIA
Tel.3114644346

CEDULA: 1085276010
EMPRESA: ADMITHEL LTDA
LESION: FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
SINIESTRO: 20150048081 FECHA DEL EVENTO 10/06/2015

La Administradora de Riesgos Laborales AXA Colpatria Seguros de Vida S.A se permite notificarle que, de acuerdo a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, adelantada por el Equipo Interdisciplinario de Calificación de la Administradora, se determina en su caso, una Pérdida de Capacidad Laboral del 13.98 % Siendo calificadas las respectivas patologías **FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO** Como de origen **ACCIDENTE DE TRABAJO**

El grupo interdisciplinario de calificación tuvo en cuenta los siguientes fundamentos de derecho (Decreto 1507 de 2014, Decreto 917 de 1999, Decreto 1295/94, Decreto 1832 de 1.994, resolución 2569 de 1.999, Decreto 2463 de 2.001, Ley 776 de 2.002, Ley 962 de 2005, Ley 1562 de 2012). Los fundamentos de hecho están contenidos en el dictamen de calificación, que hace parte de la historia clínica del trabajador.

Dado que se ha declarado la incapacidad permanente parcial el empleado debe laborar de acuerdo al concepto de aptitud laboral generado por el equipo médico de ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA. Esta administradora no realizará nuevos pagos de subsidio por incapacidad temporal, de acuerdo a lo establecido por la ley 776 de 2002.

Ley 776 de 2002 Artículo 2°. Incapacidad temporal. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

Artículo 3. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal. Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte..... Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARL continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.

Si alguno de los interesados no está de acuerdo con la calificación adelantada por la Administradora, deberá solicitar por escrito que el caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez informando las razones de la inconformidad, durante un término de diez (10) días hábiles contados a partir del recibo de esta comunicación. Los costos de este trámite serán asumidos por ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA de acuerdo a lo contemplado en la ley.

Señor(a) trabajador si su calificación de pérdida de capacidad laboral está entre 5 y 49.9% usted tiene derecho a una indemnización por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644/1994).

ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA le pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguiente a su aceptación de la calificación por escrito o a la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002).

Cordialmente,

GLORIA ISABEL BARRUETO
Directora Operativa - Regional Call
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. A.R.L. COLPATRIA
CC FONDO NACIONAL DEL AHORRO
CC EMSSANAR
CC ADMITHEL LTDA

FONDO NACIONAL DEL AHORRO
CONDENANCIA
Nombre:
Cédula:

NOTA: SI ES O NO ACEPTADA LA CALIFICACION FAVOR REMITIR CARTA Y FOTOCOPIA DE CEDULA A LA DIRECCIÓN CALLE 11 No. 1-16 PISO 7, PARA PROCEDER CON EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE



05 MAR. 2019

201900007990

UNIDAD DE
CONDENANCIA

AXPRESS NIT 830 137 513-7
 www.aexpress.com.co
 Línea de Atención 57-1-5190918
 Licencia Ministerio de Comunicaciones
 000949 del 10 de Mayo de 2011
EASYFLY

Ingreso 28/02/2019 16:22:54 154-LSANCHEZA

380996659

MsjExp P M

GUIA

REMITENTE	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A. 154 CALI		DESTINATARIO	FREDDY YESID VALLEJO ROSERO CR 6 A NO 17 39 BARRIO VENECIA			
	CL 11 No 1 - 16 Piso 6 CALI VALLE DEL CAUCA			PASTO NARIÑO			
DICE CONTENER		OBSERVACIONES 154-LSanchezA		No PIEZAS	PESO DECLARADO	V/R SEGURO	V/R DECLARADO
RECIBE AXPRESS		FECHA		LARGO		ANCHO	
		HORA		ALTO		PESO VOL	
		dd mm aaaa		FLETE \$ 1.316		TOTAL \$ 1.366	
				INSTRUCCIONES DE ENTREGA			

DIR.GENERAL : Cr 103 # 24B-20 - CP: 111221 - PBX: 5190918 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA - Tel 57-1-5190918 - Contrato de Servicio en: www.aexpress.com.co

REMITENTE

AXPRESS NIT 830 137 513-7
 www.aexpress.com.co
 Línea de Atención 57-1-5190918
 Licencia Ministerio de Comunicaciones
 000949 del 10 de Mayo de 2011
EASYFLY

Ingreso 28/02/2019 15:35:58 154-LSANCHEZA

380999060

MsjExp P M

GUIA

REMITENTE	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A. 154 CALI		DESTINATARIO	ADMITHEL LTDA CL 19 NO 28 72			
	CL 11 No 1 - 16 Piso 6 CALI VALLE DEL CAUCA			PASTO NARIÑO			
DICE CONTENER		OBSERVACIONES 154-LSanchezA		No PIEZAS	PESO DECLARADO	V/R SEGURO	V/R DECLARADO
RECIBE AXPRESS		FECHA		LARGO		ANCHO	
		HORA		ALTO		PESO VOL	
		dd mm aaaa		FLETE \$ 1.316		TOTAL \$ 1.366	
				INSTRUCCIONES DE ENTREGA			

DIR.GENERAL: Cr 103 # 24B-20 - CP: 111221 - PBX: 5190918 BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA - Tel 57-1-5190918 - Contrato de Servicio en: www.aexpress.com.co

REMITENTE



SEGUROS DE VIDA AXA COLPATRIA S.A. ARL AXA COLPATRIA

ACTUALIZACION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el fin de brindar una atención oportuna y de calidad le solicitamos diligenciar la información de sus datos actualizados de contacto y ubicación.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: FREDY YESSIE VALLEJO ROSELU

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.095.276.010 PASTO

EPS: EMISANOR FONDO DE PENSIONES: FONDO NACIONAL DEL OIBOR

TELEFONO(S): FIJO(S) 3114644346 CELULAR(ES) 3114644346

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: CALLE 6A N° 17-39

BARRIO: VENECIO CIUDAD: PASTO

Correo Electrónico: FREDY YESSIE123 @HOTMAIL.COM

Deseo recibir notificaciones por correo electrónico? SI NO

Si hubiere modificaciones de mi correo electrónico, me comprometo a informarlas por escrito al departamento de medicina laboral de ARL Axa Colpatria

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Autorizo al equipo médico de ARL Axa Colpatria a consultar mi historia clínica de las diferentes IPS, EPS y ARL donde he sido atendido, de acuerdo a la resolución 1995/99 (1). Para poder adelantar los trámites pertinentes por mi contingencia de salud. Autorizo la remisión de mi historia clínica a las EPS, ARL, AFP, Juntas de Calificación de Invalidez, cuando sea necesario para acceder a las prestaciones del Sistema de Seguridad Social Integral.

(1) ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal

Fredy Vallejo R. 1095.276.010 PASTO

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

Fecha de diligenciamiento: 23/02/19

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL



Datos de impresión		
No. Sinestro		20150048081
Fecha	Hora	Usuario
25/02/2019	10 : 18	VLAYAA
REGIONAL VALLE DEL CAUCA		

Información General de la Evaluación			
Dictamen No.	25803	Fecha de dictamen	2019/02/23
Entidad remitente	ARL AXA COLPATRIA	Fecha de recepción de solicitud	2019/02/23

Datos Personales del Evaluado			
Siniestro	20150048081	Fecha Siniestro	2015/06/10
Nombre	FREDY YESSID VALLEJO ROSERO	Género	Masculino
Identificación	1085276010	Edad	29 AÑOS 6 MESES 21 DIAS
Dirección		Barrio	
Teléfono	0	Estado Civil	SOLTERO
Escolaridad	NINGUNA	EPS	E.P.S. SALUDCOOP
Ciudad Residencia	BOGOTA D.C.	Empresa donde ocurrió el siniestro	ADMITHEL LTDA

Antecedentes de Exposición Laboral

Documentos Tenidos en Cuenta para Evaluar
CERTIFICADO DE LABORES
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
EXAMENES PARACLINICOS
OTROS
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diagnósticos Motivo de Evaluación		
Diagnóstico	Descripción	Observaciones
S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	BILATERAL

Paraclinicos		
Fecha examen	Descripción	Observaciones

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

FREDY YESSID VALLEJO ROSERO CC 1085276010

Contraremitas			
Fecha envío	Proveedor	Especialidad	Observaciones
2019/02/22	ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA	FISIATRIA	EXTENSION 70 GRADOD FLEXION 60 DESVIACION RADIAL 10 T ULNAR 25 PRONSOSUPINO PESE A RESISTENCIA COMPLETA. REFIERE DOLO ENR ADIO DSTAL DERECHO SN RUBIOT CALOR ALODINIAA FUERZA 4 -/5. EN MSD AMAS E MUÑECA NORMALES. AGARE COMPLETO FUERZ 4+/5. NINGUN SIGNSO DE SDRC. IDX SECUELA DE FRACTURA DERADIO DISTAL DERECHO, DOLOR RESIDUAL, FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO COSOLIDADA. PLAN TTO DEREHABILITACION YA REALZIADO DOY ALTA, APLICA CALIFICAR PCL .
2015/11/06	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA 06/11/2015 RX CON FRACTURA CONSOLIDADA CONSIDERA EVOLUCION FAVORABLE ALTA

Circunstancias de Modo, Tiempo y Lugar
CONSULTA CON ML DEL 23-08-2018 DR. NESTOR TORO WHITE EN UN ACCIDENTE DE TRANSITO ME FRACTURE LAS MUÑECAS

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

PACIENTE DE 29 AÑOS LABORABA EN LA EMPRESA ADMITEL LTDA, EN EL CARGO DE VENDEDOR TIENDA A TIENDA (DESVINCULADO). ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 9 AÑOS. ACTIVIDADES: VISITAR A CLIENTES, RECEPCIONAR PEDIDOS, AYUDAR A CARGAR PRODUCTOS, RECEPCION Y ENTREGA DE DINERO. LATERALIDAD: DIESTRO. REQUERIMIENTOS MOTRICES DE LA ACTIVIDAD: POSTURA PRINCIPAL BIPEDA, DESPLAZAMIENTO EN MOTO, MOVIMIENTOS UNI Y BIMANUALES .USUARIO CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO DURANTE SU JORNADA LABORAL EN EL QUE SE FRACTURA LAS MUÑECAS. ATENCION INICIAL EL DIA 10-06-2015 EN LA CLINICA LOS ANDES EN DONDE SEGÚN REFIE RE NO TENIAN DISPONIBLE SERVICIO DE RADIOLOGIA POR LO SE INMOVILIZO CON FERULAS Y FUE REMITIDO AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO DONDE SE DIO MANEJO ANALGESICO Y SE ORDENO RX DE LAS MA NOS Y MUÑECAS EN LAS QUE SE DOCUMENTO FRACTURA DE RADIO DERECHO INTRAARTICULAR DESPLAZADA Y CON MINUTA POR LO QUE FUE VALORADO POR ORTOPEDIA (DR. MARTINEZ) QUE Y EN MUÑECA IZQUIERDA FRACTURA DE RADIO NO DESPLAZADA POR LO QUE SE CONSIDERO QUE REQUERIA MANEJO QUIRUGICO PARA LESION EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO POR LO QUE SE PROGRAMO OPARA INTERVENCION QUIRURGICA POR ORTOPEDIA (DR. PATIÑO) SIENDO INTE RVENIDO QUIRURGICAMENTE EL DIA 13-06-2015 REALIZANDO REDUCCION ABIERTA+ FIJACION CON CLAVOS DE KRISCHNER Y PLACA BLOQUEDA DE TITANIO SINEDO DADO DE ALTA CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, IN MOVILIZACION CON FERULA, CITA DE CONTROL EN 15 DIAS POR CONSULTA EXTERNA E INCAPACIDAD POR 28 DIAS. *****EL DIA 13-07-2015 ASISTIO A CONTROL POR ORTOPEDIA (DR. PATIÑO) QUE CONSIDERA RETIRO DE FERULA IZQUIERDA Y CITA A CONTROL EN 4 SEMANAS Y ORDENA 10 SESIONES DE FISIOTERAPIA PARA LAS MUÑECAS. EL DIA 10-08-2015 ASISTIO A CONTROL POR ORTOPEDIA (DR. PATIÑO) QUE RETIRA CLAVOS DE KRIS CHNES Y ORDENA 20 SESIONES DE TERAPIA FISICA. ****EL DIA 09-11-2015 ASISTIO A CONTROL POR ORTOPEDIA (DR. PATIÑO) QUE VALORA CON RX DE LA MUÑECA Y MANO DERECHA EN LA QUE DOCUMENTA FRACTURA DE RAD IO CONSOLIDADA POR LO QUE CONSIDERA EVOLUCION FAVORABLE Y EMITE ALTA. *****EL DIA 06-11-2015 ASISTIO A CONTROL POR ORTOPEDIA (DR. PATIÑO) QUE VALORA CON RX DE LA MUÑECA Y MANO DERECHA EN LA QUE DOCUMENTA FRACTURA DE RADIO CONSOLIDADA POR LO QUE CONSIDERA EVOLUCION FAVORABLE Y EMITE ALTA. REFIERE PRESENTAR DOLOR EN LA MANO Y MUÑECA DERECHA DE INTENSIDAD 8/10 EN EVA QUE AUMENTA LA MANIPULAR CA RGAS *****: SE TRATA DE USUARIO DE 29 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE LABORAL HACE 3 AÑOS Y 2 MESES QUE REQUIRIO MANEJO QUIRURGICO Y TERAPIA FISICA. DADO DE ALTA POR ORTOPEDIA. SE CONSIDERA QUE EL USUARIO HA ALCANZADO SU MAXIMO NIVEL DE RECUPERACION MEDICA POR LO QUE SE DA ALTA POR MEDICINA LABORAL PARA PASAR EL CASO A CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL. ACCIDENTE LABORAL 10 06 2015. A CCIDENTE EN MOTO CON A CAIDA SOBRE MANO. DX FRACTURA DE RADIO DISTAL DE RADIO . TTO CERRADO MSI Y RA + OTS DERECHA. REFIERE QUE ACTUALMENTE NO ESTA LABORANDO PRESENTA DOLOR RESIDUAL EN M SUPERIR DERECHO LIMITACION AMAS, AGARRE EN MSI ADECUADA FUNCION. CITADO PARA VALORACION DE SECUELAS.

Detalle de las ABC y AVD

INDEPENDIENTE

Antecedentes Personales y Familiares

Tipo Antecedente	Descripción
------------------	-------------

Examen Físico

GRUPO INTERDISCIPLINARIO ARL

Dominancia: DERECHA

Fecha Exámen: 2019/02/23

BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA CONCIENTE ORIENTADO INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS. M SUP DERECHO: CICATRIZ DISTAL EN CARA ANTERIOR DE ANTEBRAZO NORMOTROFICA 10 CM, NO DEFORMIDADES MUÑECA OFRECE RESITENCIA, GONIOMETRIA CON MANIOBRAS DE VERIFICACION SE EVIDENCIA EXTENSION 70°, FLEXION 60 DESVIACION RADIAL 10 T ULNAR 25 PRONSOSUPINACION COMPLETA, PESE A RESISTENCIA COMPLETA. REFIERE DOLOR EN RADIO DISTAL DERECHO SIN RUBOR CALOR, NI ALODINIA, FUERZA 4 -/5. EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUERDOS LOS AMAS DE MUÑECA NORMALES. AGARRE COMPLETO FUERZ 4+/5. NINGUN SIGNO DE SDRC.

Deficiencias			
Número Orden	Descripción	Porcentaje asignado	Capítulo, Numeral, Literal, Tabla
1	DOLOR SOMATICO. SECUELAS DE FRACTURA DE RADIO BILATERAL CONSOLIDADAS.	10.00	TAB 12.5 CLASE 1
2	LIMITACION ARTICULAR MUÑECA DERECHA. SECUELAS DE FRACTURA DE RADIO DERECHO OPERADO CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, CONSOLIDADA. DOMINANCIA INCLUIDA	2.40	TAB 14.3 CLASE 1
	Valor Total Deficiencia	6.08	Sumatoria x 0,5 (Anexo Técnico Decreto 1507/2014 Numeral 5)

ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Clasificación de las restricciones en función de edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar

N° Categoría *	2	Calificación	0.50
Porcentaje **	0.50		

Clasificación de las restricciones en el rol laboral

N° Categoría *	2	Calificación	5.00
Porcentaje **	5.00		

Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica

N° Categoría *	2	Calificación	1.00
-----------------------	---	---------------------	------

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

FREDY YESSID VALLEJO ROSERO CC 1085276010

Porcentaje **	1.00	
---------------	------	--

Relación por otras áreas ocupacionales y sus puntajes máximos individuales

MOVILIDAD	Calificación	0.70
------------------	---------------------	-------------

No. Categoría	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0.00	0.00	0.20	0.00	0.20	0.10	0.00	0.00	0.10	0.10

CUIDADO PERSONAL	Calificación	0.30
-------------------------	---------------------	-------------

No. Categoría	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0.00	0.10	0.00	0.10	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

VIDA DOMÉSTICA	Calificación	0.40
-----------------------	---------------------	-------------

No. Categoría	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Porcentaje	0.00	0.00	0.10	0.00	0.10	0.10	0.10	0.00	0.00	0.00

Total 1.40

Porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral	
Descripción	Porcentaje
DEFICIENCIAS	6.08
EDAD	0.50
ROL LABORAL	5.00
AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA	1.00
OTRAS AREAS OCUPACIONALES	1.40
Total	13.98

Diagnósticos Motivo de Evaluación		
Código	Diagnóstico	Origen
S525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	ACCIDENTE DE TRABAJO

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

FREDY YESSID VALLEJO ROSERO CC 1085276010

Análisis del Caso

SE CALIFICA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO POR FRACTURA DE AMBOS RADIOS POR CAIDA EN MOTO. FUE OPERADO DE RADIO DERECHO CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, CON LIMITACION LEVE DE LA MOVILIDAD DE MUÑECA DERECHA Y DOLOR RESIDUAL. LA MUÑECA IZQUIERDA ES COMPLETAMENTE NORMAL. *** PACIENTE ACTUALMENTE CON MAXIMA MEJORIA MEDICA ALCANZADA DETERMINADA POR SUS MEDICOS TRATANTES, QUIENES CONSIDERAN NO HAY MAS TRATAMIENTOS NI DE REHABILITACION ADICIONALES A REALIZAR***** LA PRESENTE CALIFICACION SE HACE CON BASE EN LAS TABLAS DEL MANUAL UNICO DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SEGÚN DECRETO 1507/2014. SE HACE NOTIFICACION A LA EPS CORRESPONDIENTE

Fecha estructuración PCL | 2019/02/23



SIMON WILFREDO
REY MUÑOZ
MEDICINA LABORAL
REGIONAL CALI



MARIA VICTORIA
GUTIERREZ GARCIA
ENFERMERIA
REGIONAL CALI



ALFREDO ESTEBAN
SAA LUNA
FISIATRIA
REGIONAL BOGOTA



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ARL

NIT 860.002.183-9

CERTIFICA

Que a la fecha esta Administradora de Riesgos Laborales ha aprobado pago por concepto de reconocimiento de Incapacidad Permanente Parcial el señor (a) **FREDY YESSID VALLEJO** identificado (a) con documento No. **1.085.276.010**.

SINIESTRO	SEC	TIPO DE SINIESTRO	FECHA DEL SINIESTRO	PCL INDEM.	IBL INDEXADO	ORDEN DE PAGO	VALOR PAGADO	FORMA DE PAGO	FECHA APROBACIÓN
20150048081	11	Accidente T	2015/jun./10	13,98%	\$ 828.116	7198333	\$ 5.374.473	Transferencia	2019/04/05

La presente se expide en Bogotá D. C. el miércoles, 12 de junio de 2024.

Cordialmente,

OSCAR ALFONSO TELLEZ ROMERO
Dirección Prestaciones Económicas
Axa Colpatría seguros de vida S.A.

Elabora: lmtobong

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ARL
NIT 860.002.183-9

CERTIFICA

Que a la fecha esta Administradora de Riesgos Laborales no ha realizado pagos por concepto de Pensión de invalidez y/o sobrevivientes a nombre del señor (a) FREDY YESSID VALLEJO ROSERO, identificado con CC No. **1.085.276.010**.

La presente se expide en Bogotá D. C. el jueves, 13 de junio de 2024.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "O. Téllez Romero".

Oscar Alfonso Téllez Romero
Dirección Prestaciones Económicas
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Elabora: GESANABRIAG

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com

AXA COLPATRIA Seguros S.A.
AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **FREDDY YESID VALLEJO ROSERO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.085.276.010**, se encuentra o estuvo vinculado(a) a la **ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES ARL AXA COLPATRIA**, a través de las empresas y fechas que se relacionan, para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral:

NOMBRE EMPRESA	NIT.	AFILIAC.	TIPO EMP	TASA RIESGO	ÚLIMAS NOVEDADES REPORTADAS		ESTADO
SERVIOLA SA	800.148.972 - 2	108.011	INDEPEND.	1,044	INGRESO	2013/03/06	NO VIGENTE
					RETIRO	2013/04/01	
TORONTO DE COLOMBIA LTDA	830.080.092 - 0	154.790	INDEPEND.	4,350	INGRESO	2012/05/10	NO VIGENTE
					RETIRO	2012/06/01	
ADMITHEL LTDA	814.004.166 - 5	155.733	INDEPEND.	0,522	INGRESO	2015/03/01	NO VIGENTE
					RETIRO	2015/10/30	
DIAZ RODRIGUEZ FLOR IDALID	59.816.493 - 5	198.708	INDEPEND.	4,350	INGRESO	2014/08/05	NO VIGENTE
					RETIRO	2015/02/20	
					REVINCULACION	2016/03/16	
					RETIRO	2016/04/01	
					REVINCULACION	2016/06/17	
					RETIRO	2016/06/30	
					REVINCULACION	2016/08/10	
					RETIRO	2016/10/03	
					REVINCULACION	2016/12/28	
RETIRO	2017/02/16						

La presente se expide a solicitud del interesado.

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com



Dado en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de junio de 2024.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A - ARL
Afiliaciones y Novedades
Servicio al Cliente / Customer Service
Elaboró: LCVS

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com

AXA COLPATRIA Seguros S.A.
AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. – ARL

NIT 860.002.183-9

CERTIFICA

Que a la fecha esta Administradora de Riesgos Laborales ha realizado pagos por concepto de reconocimiento de prestaciones asistenciales al señor (a) **FREDY YESSID VALLEJO** con número de identificación **1.085.276.010** por un valor de **\$657.283** (seiscientos cincuenta y siete mil doscientos ochenta y tres pesos M/Cte.).

La presente se expide en Bogotá D. C. a los 17 días de mes de junio de 2024

Cordialmente,

P/Danelly Perez

Danelly Pérez Pardo

Líder de Pagos Técnicos Gestión de Siniestros

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7 - 90 piso 2, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 4959, 3412. Fax: Op. 1 ext. 3473, cfinanciero@defensoria.com.co

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA AXA COLPATRIA || DTE: Aida Graciela Rosero Montenegro y otros || DDO: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y ARL AXA Colpatría || RAD: 110013342-046-2021-00031

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 26/07/2024 16:51

Para: notificacionesjudiciales@adres.gov.co <notificacionesjudiciales@adres.gov.co>; notificacionesjudiciales@axacolpatria.com <notificacionesjudiciales@axacolpatria.com>; arlcolpatria@axacolpatria.co <arlcolpatria@axacolpatria.co>; Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>; valerysamanta-21@hotmail.com <valerysamanta-21@hotmail.com>; correscanbta@cendoj.ramajudicial.gov.co <correscanbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (404 KB)

_CONTESTACIÓN DEMANDA____.pdf;

Señores:

JUZGADO CUARENTA Y SEIS ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
SECCIÓN SEGUNDA

E. S. D.

E. S. D

MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO.

RADICADO: 110013342-046-2021-00031

DEMANDANTES: AIDA GRACIELA ROSERO MONTENEGRO Y OTROS.

DEMANDADOS: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES Y ARL AXA COLPATRIA

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la judicatura, actuando en mi calidad de apoderado de AXA COLPATRIA conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto, encontrándome dentro del término legal comedidamente procedo, en primer lugar, a contestar la demanda formulada por la señora AIDA GRACIELA ROSERO MONTENEGRO Y OTROS en contra de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES Y ARL AXA COLPATRIA

De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 3° de la Ley 2213 de 2022, se remite copia del presente mensaje y se adjunta CONTESTACIÓN A LA DEMANDA a los correos electrónicos de las partes del proceso.

Por otra parte, solicito se acuse de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

IFRS