

Bogotá D.C., 07 de septiembre de 2018

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VILLAVICENCIO

Secretaría Sala Civil Familia Laboral

Carrera 29 # 33 B – 79 Torre A Oficina 108

E – mail: secscflvcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

Villavicencio – Meta

2018
R/Betty S.
139 PM

RADICADO: 500013105002 2015 00097 01
REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO LABORAL
DEMANDANTE: JOSÉ ALBEIRO GÓMEZ NIETO
DEMANDADO: TESA INGENIERÍA S.A.S.

LAURA JEANNETTE RUEDA QUINTERO, mayor de edad, vecina y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía 1.018.425.931 de Bogotá D.C., y portadora de la Tarjeta Profesional N° 229.393 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de **APODERADA GENERAL de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, conforme a la escritura pública No. 999 otorgada el 11 de Agosto de 2017 en la Notaría 10 de la Ciudad de Bogotá, me permito atender al requerimiento conocido a través de oficio N° 3660 SSCFLTSV de la siguiente manera:

PRIMERO: El señor JOSÉ ALBEIRO GÓMEZ NIETO identificado con C.C. 17342440 ha presentado diversas afiliaciones con esta entidad, la última de ellas con fecha de inicio el 04 de julio de 2018 y sin fecha de terminación con la empresa PROMSEGUROS OUTSOURCING SAS con NIT 900704311, por lo que en la actualidad su estado de afiliación es **ACTIVO**.

SEGUNDO: Cabe aclarar que ante esta entidad se presentó formato de registro de Accidente de Trabajo con fecha 18 de febrero de 2012, por lo que nos permitimos remitir copia de Formato de Registro de Accidente Laboral en dos (2) folios.

TERCERO: Por lo anterior, nos permitimos dejar claridad de que el accidente ocurrió cuando con esta entidad no se encontraba afiliación activa por parte del accionante, nos permitimos remitir listado de los periodos de afiliación:

- Del 01/09/2004 al 30/09/2004.
- Del 01/10/2004 al 25/10/2004.
- Del 05/04/2010 al 04/10/2010.
- Del 10/11/2010 al 01/12/2010.

- Del 07/02/2011 al 12/04/2011.
- **Del 28/01/2012 al 01/02/2012.**
- **Del 07/08/2014 al 07/08/2014.**
- Del 31/08/2014 al 30/10/2014.
- Del 05/11/2014 al 01/02/2015.
- Del 08/09/2015 al 01/02/2016.
- Del 04/03/2016 al 04/03/2016.
- Del 23/08/2017 al 30/10/2017.
- Del 20/12/2017 al 30/12/2017.
- Del 30/05/2018 al 01/06/2018.
- Del 04/07/2018 hasta la actualidad.

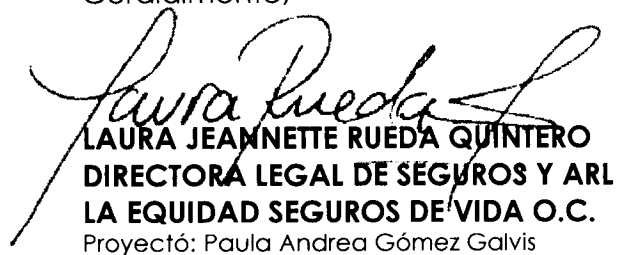
CUARTO: Teniendo en cuenta lo anterior, el accidente descrito se encuentra por fuera de cobertura, tal como quedó demostrado dentro del Proceso Judicial con Radicado 50001310500220150048500 que cursó en el Juzgado 2 Laboral del Circuito de Villavicencio, en donde se emitió fallo a favor de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. – ARL por tenerse como demostrado que la afiliación del señor Gómez Nieto tenía carácter de irregular y, además, que la afiliación se terminó el 01/02/2012 y el evento sucedió el 18/02/2012.

QUINTO: Esta entidad brindó la atención de urgencias requeridas y necesarias mientras se realizaba la validación correspondiente, pero al tenerse claridad de que el accidente no gozaba de cobertura por parte de esta ARL, se dejaron de brindar las prestaciones asistenciales y económicas referidas, y por lo mismo, no se emitió Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral.

Con lo anterior esperamos haber dado respuesta a lo solicitado.

Quedamos atentos a cualquier solicitud adicional.

Cordialmente,



LAURA JEANNETTE RUEDA QUINTERO
DIRECTORA LEGAL DE SEGUROS Y ARL
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.
Proyectó: Paula Andrea Gómez Galvis

INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe de accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representante o delegados, sus variables no podran ser modificados por persona o entidad alguna.



9999

176395

EPS a la que esta afiliado Humana Vivir S.A. Código EPS 14
ARP a la que esta afiliado LA EQUIDAD SEGUROS O.C. Código ARP 72
AFP a la que esta afiliado NINGUNA Código AFP 98
Seguro Social ☐ ☐ Cual (Indicar nombre AFP si no es el Seguro Social)

I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL

SEDE PRINCIPAL

Nombre de la actividad Económica

EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OTRAS ORGANIZA

- ☐ (1) Empleador
☐ (2) Contratante
☒ (3) Cooperativa de Trabajo Asociado

Código 1919901

NOMBRE O RAZON SOCIAL PROSERVICIOS

TIPO DE IDENTIFICACION NI ☒ CC ☐ NU ☐ PA ☐ No. 900437299

DIRECCION CARRERA 38 # 34 - 28 TELEFONO 6684301 FAX 6684301

CORREO ELECTRONICO (MAIL): GRUPOEMPRESARIAL2011@GMAIL.COM

DEPARTAMENTO META MUNICIPIO VILLAVICENCIO ZONA U ☒ R ☐

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR

Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal ? SI ☒ NO ☐ Código

Solo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre el centro de trabajo

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO

DIRECCION TELEFONO FAX

DEPARTAMENTO MUNICIPIO ZONA U ☐ R ☐

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACIÓN

(1) Planta ☐ (2) Misión ☒ (3) Cooperado ☐ (4) Estudiante o aprendiz ☐ (5) Independiente Código

PRIMER APELLIDO GOMEZ SEGUNDO APELLIDO NIETO

PRIMER NOMBRE JOSE SEGUNDO NOMBRE ALBEIRO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ CE ☐ NU ☐ TI ☐ PA ☐ No. 17342440

FECHA DE NACIMIENTO DD 15 MM 12 AAAA 1969 SEXO M ☒ F ☐

DIRECCION MZA J CASA 19 SALITRE TELEFONO 3178489405 FAX 6827764

DEPARTAMENTO META MUNICIPIO VILLAVICENCIO ZONA U ☒ R ☐

CARGO Conductores de OCUPACION HABITUAL 1 CÓDIGO 980

TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE 28 0 OCUPACIÓN HABITUAL

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DD 28 MM 01 AAAA 2012 SALARIO U HONORARIOS \$ 566,700
(MENSUALES)

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA ☐ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DE ACCIDENTE DD 18 MM 02 AAAA 2012 HORA DEL ACCIDENTE 7 15
(0-23 HRS) HH MM

DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO ACCIDENTE JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL ☒ (2) EXTRA ☐
LU MA MI JU VI SA DO

ESTA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL ? SI ☒ NO ☐ CUAL CÓDIG
(Diligenciar sólo en caso negativo)

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE HH 1 MM 15

TIPO DE ACCIDENTE

- ☐ (1) Violencia ☐ (3) Deportivo ☐ (4) Recreativo o Cultural ☒ (5) Propios del Trabajo
☐ (2) Transito

Numero Unico de Registro ARP

176395

Formulario No

9999

 CAUSO LA MUERTE DEL TRABAJADOR ? (1) SI ☐ (2) NO ☒

DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE META

 MUNICIPIO PUERTO GAITÁN
 DEL ACCIDENTE

 ZONA U ☒ R ☐
 DONDE OCURRIO
 EL ACCIDENTE

 LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE ? (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☒ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐
INDIQUE CUAL SITIO

- ☐ (1) Almacenes o Depósitos ☐ (6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular
☐ (2) Area de Producción ☐ (7) Oficinas
☐ (3) Areas Recreativas o Deportivas ☒ (8) Otras áreas comunes
☐ (4) Corredores o Pasillos ☐ (9) Otro
☐ (5) Escaleras

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUÁLES)

- ☐ (10) Fractura ☐ (41) Herida ☐ (81) Asfixia
☐ (20) Luxación ☐ (50) Trauma Superficial ☐ (82) Efectos de la electricidad
☐ (25) Torcedura Esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon sin herida ☒ (55) Golpe o contusión o Aplastamiento ☐ (83) Efectos nocivo de la Radiación
☐ (30) Conmoción o trauma Interno ☐ (60) Quemadura ☐ (90) Lesiones Múltiples
☐ (40) Amputación o Enucleación ☐ (70) Envenenamiento o Intoxicación aguda o Alergia ☐ (99) Otro
 (Exclusión o perdida de o) ☐ (80) efecto del tiempo, del clima u otra relación con el Ambiente ☐ Especifique

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO

- ☐ (1) Cabeza ☐ (3.32) Torax ☐ (5) Miembros inferiores
☐ (1.12) Ojo ☐ (3.33) Abdomen ☒ (5.56) Pies
☐ (2) Cuello ☐ (4) Miembros Superiores ☐ (6) Ubicaciones Múltiples
☐ (3) Tronco ☐ (4.46) Manos ☐ (7) Lesiones Genrales u O
 (Incluye espalda, columna verteb, medula espinal, pelvis)

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- ☐ (1) Máquinas y/o Equipos ☐ (4) Materiales o Sustancias ☒ (6) Otros agentes no Clasificados
☐ (2) Medios de Transporte ☐ (44) Radiaciones
☐ (3) Aparatos ☐ (5) Ambiente de Trabajo ☐ (6.61) Animales (Vivos o Productos Animales)
☐ (3.36) Herramientas, Implementos o Utensilios ☐ (7) Agentes no Clasificados por falta de datos
 (Incluye superficies de transito y de trabajo, muebles tejados, en el exterior, interior o subterráneos)

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

- ☒ (1) Caída de Personas ☐ (5) Sobreesfuerzo, Esfuerzo Excesivo o Falso Movimiento
☐ (2) Caída de Objetos ☐ (6) Exposición o contacto con temperatura Externa
☐ (3) Pisadas, Choques o Golpes ☐ (7) Exposición o contacto con la Electricidad
☐ (4) Atrapamiento ☐ (8) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
☐ (9) Otro Especifique

IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMAS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE

EL TRABAJADOR SALIO DE CAMPO CON LA VOLQUETA A LA ZONA DE CORTE, UN TESTIGO DE LA VOLQUETA (BOMBILLO) EMPEZO A TITILAR AVISANDO ALGUNA INCONSISTENCIA DEL MISMO, SE BAJO DEL CARRO ABRIÓ LA PUERTA DEL CAPO, REVISÓ EL VEHICULO, CERRO LA

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

 Hubo personas que presenciaron el accidente ? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo diligenciar la información)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

 TIPO DE IDENTIFICACION NI ☐ CC ☐ NU ☐ TI ☐ PA ☐ No. CARGO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

 TIPO DE IDENTIFICACION NI ☐ CC ☐ NU ☐ TI ☐ PA ☐ No. CARGO

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS MORA ANGEL MAGDA MILENA

 TIPO DE IDENTIFICACION NI ☒ CC ☐ NU ☐ TI ☐ PA ☐ No. 40325458 CARGO ADMINISTRADOR (A)

firma FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE

18/02/2012