



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

Valledupar, quince (15) de enero de dos mil veintiuno (2021)

RAD.: 20001-40-03-005-2019-00277-00
REF.: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DTE.: YOLADIS RUIZ MAYORGA – CC 49.553.704
DDO.: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. – NIT 860.011.153-6
ASUNTO: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

SENTENCIA No. 0003 – V.D. 0001

ASUNTO:

Verificado el cumplimiento de los presupuestos de orden procesal y la inexistencia de irregularidades que puedan invalidar lo actuado se alista el estrado para proferir decisión de primera instancia.

ANTECEDENTES FÁCTICOS Y PROCESALES

Mediante providencia del 08 de agosto de 2019¹, esta Agencia Judicial admitió demanda verbal de responsabilidad civil contractual promovida por la señora YOLADIS RUIZ MAYORGA, mediante apoderado judicial contra POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. En los hechos² de la demanda señala que el día 26 de octubre de 2016, contrató en calidad de tomadora y asegurada la Póliza de Seguros No. 3700001998, como consecuencia de la oferta realizada por un asesor comercial de la entidad aseguradora, el referido contrato de seguro cuenta con un valor asegurado de CIEN MILLONES de pesos (\$100.000.000,00) en los amparos denominados: “*Muerte; indemnización adicional por muerte accidente; incapacidad total y permanente, entre otros*”.

El 19 de abril de 2017, a raíz de quebrantos de salud, se le diagnosticó a la señora YOLADIS RUIZ MAYORGA, DISFONÍA, por lo que se le otorgaron incapacidades médicas por más de 180 días, desde al 27 de octubre de 2017, por parte de la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA, como IPS tratante. Luego, mediante dictamen No. SOV1020712 del 27 de octubre de 2017 expedido por la UT ORIENTE REGIÓN 5, se le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 100%, con una fecha de estructuración de invalidez del 19 de abril de 2017, por DISFONÍA CRÓNICA.

Como resultado de la calificación del PCL, señora YOLADIS RUIZ MAYORGA, radicó la reclamación formal ante POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que cumpliera lo pactado en la póliza, por considerar que se había afectado el amparo de incapacidad total y permanente. En consecuencia, el día 30 de noviembre de 2017, la

¹ Ver folio 41.

² Ver folio 02.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

entidad aseguradora decidió objetar la reclamación presentada. Al mismo tiempo, la parte actora solicitó el reconocimiento y pago de la pensión de invalidez ante la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR, por lo que fue retirada del servicio activo como docente, el 31 de enero de 2018, mediante resolución No. 000902.

Por consiguiente, solicita que se declare a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., civilmente responsable por el incumplimiento del contrato – póliza de seguro de vida No. 3700001998, de fecha 24 de octubre de 2016, ordenando el pago de la suma de CIENTO MILLONES de pesos (\$100.000.000,00), por concepto de amparo de incapacidad total y permanente, así como la cancelación de los intereses moratorios causados, a partir del 01 de diciembre de 2017 hasta la verificación del pago, y se condene a pagar las costas y agencias en derechos a que haya lugar.

El día 04 de octubre de 2019, mediante apoderado judicial la entidad aseguradora POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., presentó contestación de la demanda en los siguientes términos: Señala que la señora YOLAIDIS RUIZ MAYORGA, tomó la póliza de seguros de vida individual póliza normal No. 3700001998, expedida por Positiva Compañía de Seguros S.A., el día 24 de octubre de 2016, con vigencia a partir del 24 de octubre de 2016 hasta el 24 de octubre de 2017, aclaran que la existencia del cumplimiento esa sujeto a condiciones y requisitos establecidos, consignados expresamente en la póliza.

Se observa en el dictamen del 27 de octubre de 2017, emitido por la UT Oriental 5³, en la pagina principal titulada: “... *EPICRISIS O HISTORIA CLÍNICA: PACIENTE CON CUADRO DE DISFONÍA DE 7 AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE SE EXARBO HACE 7 MESES...*” [SIC], lo que indica que la patología de DISFONÍA, la padecía la demandante mucho antes de tomar la póliza, y que la misma no fue reportada a Positiva Compañía de Seguros, el 24 de octubre de 2016, por lo cual, se debe aplicar lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio, y el concepto de la Superintendencia Financiera No. 2010081088-001 del 17 de diciembre de 2010.

En las condiciones de la póliza, la parte demandante se encontraba en el deber de declarar de manera clara el estado de salud, lo cual viene dado por el principio de buena fe, que ampara dicho contrato, obligando a las partes a actuar con honestidad, lealtad y rectitud, colocado sobre el tomador del seguro el deber de informar acerca de las circunstancias reales de su estado de salud.

La DISFONÍA no fue la única calificada en el dictamen realizado el 27 de octubre de 2017⁴, los motivos de la calificación fueron por las patologías de “*disfonía, hipotiroidismo, Trastorno del disco lumbar, trastorno depresivo frecuente y otra trombocitopenia primaria*”, y acuerdo con la tabla de valores de la deficiencia, según el

³ Ver folio 95, expediente digital.

⁴ Ver folio 95, expediente digital.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

Numeral 4.2. del Decreto 1655 de 2015, Cuadro 2 Procedimiento A, le fue otorgado un 100% de PCL, con fecha de estructuración del 19 de mayo de 2017. Resaltando que las patologías calificadas tienen una evolución anterior (2003, 2005, 2007, 2010) a la toma de la póliza, encontrándose fuera de la cobertura, al no haber sido declarada por el tomador.

Expone que, la solicitud de cobro fue rechazada, negada y objetada mediante comunicación escrita No. 142000, de fecha 30 de noviembre de 2017⁵, explicando las razones legales para no acceder, al configurarse la reticencia e inexactitud al no declarar el verdadero estado de salud al momento de tomar la póliza.

Por consiguiente, la parte demandada se opone a las pretensiones pecuniarias e indemnizatoria de la demanda, dado que no le asiste razón a la accionante, debido a la existencia de reticencia e inexactitud sobre el verdadero estado de salud de la señora YOLAIDIS RUIZ MAYORGA, al momento de tomar la póliza de vida, motivo para absolver a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por último, propuso las siguientes **excepciones de mérito**: i) *Reticencia o Inexactitud*, ii) *Falta de Cobertura de la Póliza*, iii) *Prescripción de las Acciones*, iv) *Ausencia Absoluta de Responsabilidad*, v) *Inexistencia de la Obligación*, vi) *Inexistencia de Causa para Pedir*, vii) *Cobro de lo No Debido*, viii) *Enriquecimiento sin Justa Causa*, ix) *Buena fe de Positiva Compañía de Seguros*, y x) *No nominada o genérica*.

Contestación de las Excepciones de Mérito.

El día 27 de enero de 2020, la parte demandante, actuando dentro del término establecido por la Ley, procedió dar respuesta a las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, oponiéndose de manera enfática a ellas.

Alegatos de conclusión

En su oportunidad procesal pertinente, el apoderado de la parte actora se afirma en la posición asumida desde la presentación de la demanda que, básicamente, sostiene la buena fe de su apadrinada y la actuación engañosa de la demandada. La entidad diligenció los formatos para la póliza en la Ciudad de Bogotá y le fueron enviados a la tomadora, por correo para la correspondiente firma y devolución, lo que ella hizo, lo que descarta cualquier intervención suya en la inexactitud de lo consignado, aunque reconoce que antes de la adquisición de la póliza, esta padecía las patologías que, a la postre, llevaron a la calificación de la invalidez que determinó su retiro del servicio.

A su vez, la representación judicial de la demandada aboga por la prosperidad de las excepciones de mérito propuestas por cuanto, asevera, su defendida actuó dentro de los parámetros legales que regulan la materia y la demandante faltó a la verdad al no

⁵ Ver folio 23, expediente digital.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

entregar la información correcta respecto de su real estado de salud al momento de adquirir la póliza, hecho inobjetable a la luz de la evidencia debatida en el proceso, motivo suficiente para despachar de manera desfavorable las pretensiones.

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Contrato de Seguro. Concepto.

El contrato de seguro, es un acuerdo de consensual de voluntades a través del cual se conviene que la Compañía (asegurador), asume el riesgo que corre otra persona (asegurado) a cambio de una prima, cuyos elementos esenciales son: **i) Riesgo Asegurable:** Es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro. Es la posibilidad de que la persona o bien asegurado sufra el siniestro previsto en las condiciones de póliza. Es el suceso incierto, futuro y susceptible de ser valorado, **ii) Prima:** Es el precio que paga el asegurado por la cobertura del seguro, **iii) Interés asegurable:** Relación que debe existir entre quien toma el seguro con aquello que se asegura, sea la vida, un bien, o el patrimonio de un sujeto, lo cual implica que exista un interés del Tomador o Asegurado en que no ocurra el siniestro, **iv) Obligación condicional del asegurador:** La obligación del asegurador, únicamente surge cuando ocurre el hecho objeto del seguro, y **v) Duración del Contrato de Seguro:** La duración del contrato será la estipulada por las partes en el contrato correspondiente.

Acciones derivadas del Contrato de Seguro y Términos de Prescripción

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. Con respecto a la ***prescripción ordinaria*** será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, y lo atinente a la ***prescripción extraordinaria*** será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

Retención en los Contratos de Seguro. Concepto.

Cuando se contrata un seguro cualquiera sea su denominación, el tomador del seguro, es decir, quien lo compra, tiene la obligación de informar a la aseguradora todas aquellas situaciones o circunstancias que determinan el nivel o estado de riesgo del bien, persona o interés que se desea asegurar; siendo el incumplimiento de ésta obligación lo que se denomina retención o inexactitud en la información y da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, la sanción de nulidad implica, la anulación por la vía judicial del contrato de seguro y la consecuencia es que la aseguradora podrá negar el pago una vez declarada la nulidad.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

Carga de la Prueba.

Nuestra Ley Procesal Civil establece en su artículo 164 y s.s. del C.G.P., la necesidad que tiene toda decisión judicial de fundamentarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso. De este mandato nace para las partes la obligación de demostrar a través de los medios probatorios necesarios, los supuestos de hecho y de derecho que soportan su pedido y, con base en ellos, el juez proferirá la decisión respectiva.

Es menester precisar que la pretensión indemnizatoria que se intente debe observar todo el rigor que en materia probatoria ofrece cualquier contienda procesal, por lo que corresponde al actor, tal como lo advierte el artículo 167 del Código General del Proceso, probar los supuestos fácticos sobre los cuales hace descansar sus pretensiones, así como los elementos axiológicos que las estructuran; la misma norma determina que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho que las normas consagran y el efecto jurídico que ellas persiguen. De tal manera que la carga de la prueba es la situación jurídica en que la ley coloca a una de las partes, correspondiente al imperativo de probar determinados hechos en su propio interés, de tal modo que si no cumple con esta responsabilidad, se encontrará en una situación de desventaja respecto a la decisión perseguida dentro de la Litis.

Conviene subrayar que, los contratos de seguros pertenecen a los contratos denominados: **contratos de adhesión**, los cuales son redactados e impresos por una de las partes, **en este caso el asegurador**, que de alguna forma impone las condiciones generales, situación que lo coloca en una posición dominante al asegurador, frente al asegurado, quien tiene la obligación ineludible de aceptar incondicionalmente las disposiciones establecidas en el contrato. Por ende, cuando el asegurador manifiesta la existencia de reticencia e inexactitud en la información aportada para la evaluación del riesgo asegurado, tiene la obligación de demostrar que se desplegaron acciones y/o maniobras maliciosas, concerniente en ocultar deliberadamente circunstancias vitales para la configuración del contrato, es decir, se debe probar la mala fe.

En tal sentido, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores, y *“sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización por razón de la presunta configuración del fenómeno de la “reticencia”, cuando se encuentre debidamente **probada la mala fe del tomador**, es decir, **la voluntad de ocultar la existencia de una condición médica al momento de adquirir el seguro**. Es por esta razón que dichas entidades tienen la carga de redactar de forma taxativa las exclusiones contractuales y **realizar los exámenes de ingreso previamente a la suscripción del contrato**”*⁶ (énfasis añadido).

⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-282/16. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

En consonancia con lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil y Agraria, mediante sentencia del 20 de junio de 2018, señaló:

*“i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; **ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro;** iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; **iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.** (C. Constitucional, sentencia T-393 de 2015)⁷” (énfasis añadido)*

La Corte Constitucional en Sentencia T-027 de 2019, señaló que las aseguradoras en su posición dominante, tiene tres deberes que deben cumplir, para eximirse de responsabilidad del pago del seguro por reticencia:

El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sentencia STL7955-2018, MP. Gerardo Botero Zuluaga.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, **elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales**–; **b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales** y; **c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado**. (énfasis añadido).

De lo probado en el expediente y la resolución del caso concreto

En el presente proceso, se encuentra probada la existencia del vínculo contractual entre la señora YOLAIDIS RUIZ MAYORGA y la empresa POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., mediante la Póliza de Seguro No. 3700001998 de fecha 24 de octubre de 2016, con un monto asegurado de *cien millones de pesos (\$100.000.000.00)*, para cubrir muerte, indemnización adicional por muerte accidental e incapacidad total y permanente.

Igualmente, se demostró que la señora YOLAIDIS RUIZ MAYORGA, mediante dictamen No. SOV-102017012 del 27 de octubre de 2017, expedida por la UT ORIENTE REGIÓN 5, fue calificada con un 100% de pérdida de la capacidad laboral, con fecha de estructuración de la invalidez el 19 de abril de 2017, con diagnóstico o motivo de calificación de las patologías: *disfonía, hipotiroidismo, trastorno de disco lumbar, trastorno depresivo frecuente y trombocitopenia primaria*, dictamen que a la postre determinó el retiro del servicio y la presentación de la respectiva reclamación que, como también está evidenciado, fue objetada por la demandada.

A partir del 19 de abril de 2017, fecha en la cual se le diagnosticó DISFONÍA a la señora YOLADIS RUIZ MAYORGA, se le otorgaron sucesivas incapacidades médicas por más de 180 días, por parte de la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA, como IPS tratante.

Se evidenció en el dictamen aludido, emitido por la UT Oriental 5, que la patología *DISFONÍA*, tenía una evolución de 7 años, lo que a las claras permite concluir que al momento de contratar la póliza esta ya existía y que la misma no fue reportada a Positiva Compañía de Seguros en esa oportunidad, como también se evidencia de la documentación que hizo parte del acervo suasorio. Ahora bien, es cierto que la parte demandante alega que ella nunca ocultó tal información y que, además, la documentación fue diligenciada vía telefónica con una funcionaria de la entidad a la que se dijo toda la verdad. Sin embargo, lo demostrado es que esa afirmación no corresponde

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

con lo consignado en los formularios, en tanto que es innegable que al momento de la adquisición de la póliza los padecimientos existían y ninguna constancia quedó de ello en esa oportunidad.

La discusión planteada por la parte actora se encamina a demostrar que si bien la señora Yoladis Ruíz Mayorga reconoce que para entonces la patología existía, ella nunca lo ocultó y la parte demandada se encontraba en el deber de someterla a exámenes que determinaran su verdadero estado de salud, pues ella lo autorizó, a experticias médicas para determinar su real estado de salud, pero como aquella no lo hizo, debe responder por el respectivo seguro contratado, escenario que no comparte el despacho pues si bien, dándole el beneficio de la duda, eso es cierto, el hecho de no haber aparecido prueba de esa información en la documentación diligenciada para la expedición de la póliza, no es posible darle el alcance pretendido y, en cambio, presupone el ocultamiento de los hechos o circunstancias que hubieran permitido examinar objetivamente el riesgo asegurado.

Corolario de lo expuesto, resultan inadmisibles para el despacho los argumentos del demandante, según los cuales como la demandada no la sometió a exámenes para verificar su estado de salud, tampoco le es dable alegar la reticencia, ya que ello contraría lo estipulado en el art. 1.158 del código de comercio que dice *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”* No puede, entonces, como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el estado del riesgo al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, por cuanto, se reitera, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan.

Es pertinente reiterar que tal y como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia, sea cual haya sido la razón del proceder del asegurado, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz, sin que pueda considerarse, como se dijo en precedencia, que para que pudiera configurarse la reticencia del demandante, debía probarse su mala fe, menos aun con sustento en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues no estamos ante el debate de la vulneración o no de derechos fundamentales y cuando esa misma alta corporación ha dejado establecido que la falta de sinceridad al declarar el estado del riesgo al momento de contratar el seguro de vida contraría los principios por los cuales se rige dicho negocio jurídico lo que lo invalida relativamente por configurarse la reticencia.

Así pues, dilucidando el asunto en cita bajo la normatividad y la jurisprudencia reseñada en precedencia, resulta cierto para esta agencia judicial, que en el presente caso se demostró que la asegurada incursionó en reticencia, lo que trae como consecuencia la

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VALLEDUPAR

nulidad relativa del contrato de seguro, e impone que deba declararse probada la excepción de NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA, la cual conlleva a que se nieguen todas las pretensiones de la demanda.

Finalmente, se condenará en costas a la parte demandante, fijando las agencias en derecho en la suma de dos millones de pesos (\$2.000.000.00), equivalente aproximadamente al 3% de las pretensiones de la demanda.

En virtud y mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR probada la excepción de mérito “*Reticencia o Inexactitud*”, de conformidad con lo consignado *ut supra*.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante. Tásense por Secretaría. Se fija la suma de DOS MILLONES de pesos (\$2.000.000,00), como agencias en derecho.

TERCERO: CONTRA esta decisión procede el recurso de apelación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

Firmado Por:

**JOSE EDILBERTO VANEGAS CASTILLO
JUEZ MUNICIPAL
JUZGADO 005 CIVIL MUNICIPAL VALLEDUPAR**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

6fd4aff9476a8297b4eedc09e7aefadd7aaf28a80c2765a5e782fa0c2dda9c2

Documento generado en 18/01/2021 04:10:56 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**