



**REPUBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
SANTA MARTA**

Santa Marta, Siete (7) de Junio de dos mil veintitrés (2023)

RAD. V. 19.0592.01

Procede el Juzgado a resolver el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia calendada 4 de diciembre de 2020, emitida por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Santa Marta dentro del proceso ordinario seguido por DAISY DEL CARMEN GUTIÉRREZ ARRIETA contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

ANTECEDENTES DE LA DECISIÓN

La demandante DAISY DEL CARMEN GUTIÉRREZ ARRIETA promovió demanda ordinaria de responsabilidad civil contractual contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. cuyas pretensiones iban dirigidas a que se declare la existencia de un contrato de seguro de vida entre las partes, que se declare el incumplimiento contractual por el no pago del siniestro de incapacidad permanente y que se condene a la demandada a efectuar el pago de la incapacidad total y de intereses moratorios.

La anterior demanda la hizo descansar sobre los supuestos fácticos: Que suscribió las pólizas de seguro de vida Nos. 107824 y 107821, del 9 de abril de 2014, renovándola periódicamente, con cobertura hasta la presentación de la demanda, sin incurrir en mora; las que amparaban la incapacidad total y permanente del asegurado por un monto de \$50.000.000 cada una de las pólizas.

Señala que, el 15 de abril de 2019 fue dictaminada por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio con pérdida de capacidad laboral por invalidez con un 100%.

Así mismo que el 11 de septiembre de ese mismo año, presentó reclamación formal a SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para que cancelara ante el siniestro, la que fue objetada por la compañía aseguradora, el 9 de octubre siguiente, porque no se había demostrado la ocurrencia del siniestro.

TRÁMITE DE LA PRIMERA INSTANCIA

La anterior demanda fue admitida el 7 de febrero de 2020, y enterada de la misma, la parte demandada contestó aceptando los hechos salvo en cuanto a que hubiese probado la ocurrencia del siniestro, y propuso las siguientes excepciones de mérito:

1. Método de certificación de incapacidad total o transitoria establecido en las condiciones particulares y generales de la póliza. Pues alega que las condiciones del contrato son claras, que si bien no se desconoce el dictamen proferido por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, y tampoco la condición de servidor público del reclamante que legitima la calificación del FOMAG, no es menos cierto que desconozcan las disposiciones contractuales convenidas, por cuanto desde antes de la celebración del contrato, durante su celebración y aún con posterioridad a la respuesta de la reclamación, se conoció y se conocieron las reglas aplicables al contrato, y que resulta inaudito que se soliciten por vía judicial los derechos que la demandada estaría presto a reconocer siempre y cuando se cumpliera con el procedimiento convenido.

Sobre este punto, en la parte inicial de las condiciones particulares convenidas con FUNEDUCOL se vislumbra claramente que "estas condiciones particulares hacen parte de la póliza de seguro de vida grupo plan protección vida estado arriba indicada y **está sujeta a sus condiciones generales** y a las siguientes condiciones particulares (...)"

En efecto, **las condiciones generales** (anexas junto con la contestación de la demanda) en el ítem 3° del artículo 1.2.7., dispone además que "la determinación de la incapacidad total y permanente del asegurado deberá ser determinada por entidad de calificación competente emitida **conforme a las reglas del Manual Único para la Calificación de la Incapacidad Laboral y Ocupacional General (Decreto 1507 de 2014 o el que se encuentre vigente a la fecha del siniestro)**, estableciendo una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%)".

2. Inexistencia del siniestro. La certificación de invalidez no se ajustó al trámite del contrato, debido a que no hay demostración alguna de la ocurrencia de riesgo asegurado que es necesario para afectar la póliza de vida.

Además, añade que el siniestro que da lugar al reconocimiento de la suma asegurada para el amparo de la incapacidad total y permanente es únicamente aquel en el que con base en el Manual Único de Calificación de Invalidez establecido en el Decreto 1507 de 2014, se prueba que la pérdida de capacidad laboral es igual o superior al 50%.

3. Límite de responsabilidad. Los valores establecidos como límite de la suma asegurada fue un máximo de \$50.000.000 para el amparo de incapacidad total y permanente.

La parte demandante descorre el traslado de las excepciones de mérito presentadas, señalando que: La invalidez siempre y cuando se califique con base en los criterios establecidos en el Manual Único de calificaciones de invalidez vigente al momento de la calificación de invalidez, podrá ser calificada por la Administradora de Riesgos Laborales, Entidad Promotora de Salud o por la Administradora del Fondo de Pensiones, a la cual se encuentre afiliado el asegurado, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez o entidad que haga sus veces.

Añade que está probado jurídicamente dentro del proceso la invalidez de la demandante ya que el 15 de abril de 2019, fue dictaminada por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio con pérdida de capacidad laboral del 100% PCL.

Indica que, en lo concerniente a la carga de la prueba en el reclamo y la objeción, se establece que compete a la compañía aseguradora demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, sin que se imponga restricción alguna a las materias respecto de las cuales haya de pronunciarse en ejercicio de su facultad de objetar.

Agrega que, para darle más certeza del derecho y demostración del siniestro, se aporta prueba de incapacidades de 330 días continuos generadas por la Clínica General del Norte, desde el 26 de septiembre de 2018 hasta el 21 de agosto de 2019, cumpliendo así con su clausulado, más, sin embargo, no pagan el siniestro.

Sostiene que de acuerdo al numeral 3° del artículo 100 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las sanciones solo proceden en aquellos casos en que las pruebas exigidas por la Compañía se efectúan en procura de demorar sin justificación alguna el pago de la indemnización, y que para la prueba del siniestro solo basta con cualquier medio idóneo, salvo que legalmente se encuentre prevista una formalidad probatoria.

Culmina alegando que opera el principio de la libertad probatoria, por virtud del cual el reclamante tiene a su disposición cualquier medio suficiente para producir certeza sobre las materias indicadas, pudiendo aportar todas las pruebas lícitas que usualmente se alleguen para acreditar cuestiones similares a aquellas a las que se refiere el reclamo.

Vencido el traslado de las excepciones, se procedió a efectuar la audiencia de que trataba el artículo 372 del C. G. del P.^{2.}, en la que se desató el periodo probatorio³, concluido se corrió traslado para alegar y agotadas las instancias procesales, el despacho de conocimiento profirió sentencia.

LA SENTENCIA APELADA

El 28 de marzo de 2017, el A quo dictó sentencia a través de la cual se declararon no probadas las excepciones presentadas por la parte demandada concernientes a EL MÉTODO DE CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL O TRANSITORIA ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DE LA PÓLIZA e INEXISTENCIA DEL SINIESTRO, así mismo declaró probada la excepción de mérito denominada LÍMITE DE RESPONSABILIDAD, y como consecuencia de ello, ordenó a la demandada a efectuar la Póliza de Seguro de Vida Protección Vida Estado Nos. 107824 y 107821, asumiendo el pago del valor asegurado, por la suma de \$100.000.000, junto con los meses moratorios causados desde el 11 de octubre de 2019 hasta el pago; de otra parte, condenó en costas a la demandada por valor de \$6.000.000.

Argumentó su decisión aludiendo que se debe implementar la libertad probatoria para determinar la causa del siniestro, teniendo en cuenta que no se estipuló si era sistema general o especial por el que se iba a regir, por lo tanto, la certificación de la pérdida de capacidad laboral es totalmente válida para acreditar el siniestro, así mismo en cuanto a la suscripción de la póliza de seguro 107824, el cual se alega que no fue suscrito por la aquí demandante, el mismo no fue tachado de falso, tuvo la oportunidad la parte demandada de cuestionar el documento, aplicando así la preclusividad, y si bien la parte actora aceptó no haber firmado ella ese documento, no menos cierto es que tuvieron la oportunidad de alegarlo, y las condiciones de la Póliza, se le cancelara es al asegurado, y en ambas pólizas de seguro quien aparece es la aquí demandante.

LA APELACIÓN

Inconforme con la anterior determinación, el extremo pasivo impetró recurso de apelación, esbozando que no debían aplicarse las condiciones particulares sino las descritas en la ley en cuanto a quién debía calificar a las personas del magisterio, así mismo que era carga del demandante demostrar el siniestro, no solamente aportando la certificación de pérdida de capacidad laboral, en cuanto a la póliza 107824 que asegura a la demandada, pero que suscribe su hija DIANA JIMÉNEZ, se omitió la confesión de la contraparte en que hay un error, y que ese error no debía asumirlo la aseguradora, debido a que es la asegurada la que diligencia esos formatos,

FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

Las pretensiones de la demanda que dieran lugar a este proceso que se decide en segunda instancia, están atadas a un contrato de seguro, figura que encuentra asidero en las normas que corresponden a la legislación comercial colombiana, específicamente en su articulado 1036; sin embargo, la doctrina se ha encargado de responder acerca del significado de tal figura cuando enuncia por ejemplo que se ha concebido como aquel acuerdo *en virtud del cual una persona jurídica, llamada aseguradora, se obliga para con otro, llamada tomador, a cambio de una remuneración (llamada prima), a asumir los riesgos del patrimonio o de la persona del mismo tomador o de un tercero (llamado asegurado) para que en el caso de ocurrir e siniestro, pagar a otra (el beneficiario, que puede ser el tomador, el asegurado o el tercero) el valor del seguro debidamente convenido (Art. 1036 y ss. Del C.Co)*².

Lo mismo ha establecido la jurisprudencia en reiteradas ocasiones:

*El contrato de seguro es aquél negocio "(...) bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina "prima", dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al "asegurado" los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de "daños" o de "indemnización efectiva", o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro. Salta a la vista, pues, que uno de los elementos esenciales en este esquema contractual es la obligación "condicional" contraída por el asegurador de ejecutar la prestación prometida si llegará a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que ante la ocurrencia del siniestro debe aquél asumir y significa asimismo la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima por parte del tomador" (Sent. 24 de enero de 1994, C.S.J. Expediente 4045)*³.

Se infiere de los anteriores apartes legislativos y jurisprudenciales la naturaleza misma del contrato de seguros, haciendo especial énfasis en que es delimitante y fundamental para el cobijo de tal situación – siniestro- que se dé el pago de la póliza o prima acordada entre el tomador y el ente asegurador; en caso tal de que el suscriptor de la póliza omita su cancelación en los términos acordados por la ley, o convencionalmente, esto dará pie a la terminación del referido contrato y por ende a la insolvencia de la indemnización de perjuicios.

En el presente caso, ante la pretensión de reconocimiento de la indemnización por ocurrencia del siniestro y la negativa de la compañía aseguradora, por considerar que no se había acreditado la ocurrencia del mismo, a la luz de lo pactado, el problema jurídico se centra en ese

punto, cómo se acredita que el siniestro acaeció y por tanto procede el reconocimiento de la indemnización.

Para dilucidar el mismo, se hace necesario tener en cuenta que el Contrato, considerado por la Jurisprudencia y la doctrina, como aquel despliegue de autonomía privada bilateral, por el cual se crean, modifican o extinguen derechos y obligaciones a favor de uno de los sujetos intervinientes o de ambos, es el instrumento por excelencia con que cuentan las coasociados para disponer de sus propios intereses, dirigido a concatenar materialmente hechos y conductas de las partes en dirección al fin propuesto; que recibe reconocimiento jurídico en la medida en que cumpla con una función económico social prevista en la ley.

Y ese reconocimiento jurídico a las relaciones jurídico-patrimoniales en juego en la relación contractual, es de tal naturaleza, que una vez surge a la vida jurídica válidamente adquiere una fuerza vinculante tal, para mantener inalterables las mismas, que la legislación contractual lo consagra como fuente de obligaciones (no siendo esta la única labor, sino que además “puede” marcar la forma como ha de cumplirse en la práctica) y lo coloca al lado del derecho positivo, artículo 1602 del C.C..

Ese acuerdo de voluntades es el punto generatriz de la relación contractual y la principal manifestación de la fuerza vinculante del mismo, estriba en el hecho de que las conductas de quienes intervinieron en él deben estar irrestrictamente encaminadas a hacer efectivas todas las obligaciones generadas por ese lazo jurídico. Al momento de analizar en un caso determinado, si las partes adaptaron su comportamiento al cumplimiento de lo bilateralmente acordado surge como instrumento eficaz de interpretación no solo del contrato mismo, aunque sin lugar a dudas, sí en primer lugar, pero también el de las disposiciones legales sobre contratación, los principios o máximas que rigen a los contratos y que en últimas llenarán los vacíos que se presenten en la regulación contractual.

ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

Realizando un estudio del proceso, encontramos que junto con la demanda se anexa fotocopia auténtica de las pólizas 107824 y 107821 donde se anotan los datos del tomador, asegurado y beneficiario, el valor asegurado, el valor de la prima. Pero además en el expediente existen documentos como las respuestas que hiciera la demandada, a la reclamación de los presuntos beneficiarios del contrato de seguro, que constituyen la admisión tácita de la existencia del contrato de seguro. Todo ello permite llevar al despacho a la convicción que sí existía contrato de seguro vigente entre DAISY DEL CARMEN GUTIÉRREZ ARRIETA como tomador asegurado y SEGUROS DE

VIDA DEL ESTADO S.A., como asegurador, siendo beneficiario DAISY DEL CARMEN GUTIÉRREZ ARRIETA, y el riesgo asegurado es la pérdida de capacidad laboral de este último.

A más de ello concurren los elementos esenciales del mismo, como son: el interés asegurable (la relación económica de carácter patrimonial entre el tomador de seguro y el bien) que es el de asegurar a quien adquirió la póliza; los riesgos, los cuales ya fueron relacionados y el pago de la prima.

De tal manera que ya tenemos establecido el primero de los requisitos, ya que tal contrato cumple con los requisitos de validez de todo negocio jurídico, capacidad de las partes, pues al momento de su celebración se trataba de una entidad aseguradora cuya existencia se acreditó con la demanda, aún para el momento en que éste fue suscrito y el tomador y asegurado, una persona natural mayor de edad, respecto del cual se presume su capacidad, sin que se le enrostre hecho alguno de donde derive incapacidad, y por tanto estaban legitimados para actuar y el objeto del contrato no se encuentra prohibido por el legislador, ni tiene censura por parte de la moral y las buenas costumbres, y no hay manifestaciones de las partes que el consentimiento estuviese viciado.

Ahora bien, la afirmación de la demandada que no se acreditó o no se presentó el siniestro, lo hace residir precisamente en las cláusulas establecidas en la póliza, revisemos entonces qué se dice en ellas, concretamente en el siguiente aparte de la póliza:



• LA DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO DEBERÁ SER DETERMINADA POR ENTIDAD DE CALIFICACIÓN COMPETENTE EMITIDA CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL GENERAL (DECRETO 1507 DE 2014 O EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO), ESTABLECIENDO UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

EN CONSECUENCIA, DE DARSE LAS CONDICIONES ANTERIORES, VIDAESTADO RECONOCERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA FIJADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA QUE HAYA SIDO PAGADA O DEBA SER PAGADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA (DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES).

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS TÉRMINOS ANTES INDICADOS, SE CONSIDERA COMO TAL: LA INVALIDEZ, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, EVENTOS EN LOS CUALES, SALVO PARA INVALIDEZ, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD.

Esa cláusula lo que nos indica es que la incapacidad total y permanente la debe determinar la **entidad de calificación competente**, quien debe realizarlo según el Manual Único Para la Calificación de la Capacidad

Laboral y Ocupacional General, que es el Decreto 1507 del 2014. Es decir que señala que la autoridad que realice la calificación debe estar instituida para ello, y que debe hacerlo de conformidad con la norma citada.

Si revisamos la normatividad en discusión, esta consta de cuatro (4) artículos y anexo técnico:

Art. 1o El objeto de la norma, la expedición del Manual

Art. 2o El Ámbito de aplicación, territorial (todo el territorio nacional), subjetivo (trabajadores públicos y privados), sin excluir por ningún concepto, salvo que esté destinada para reclamar beneficios en Cajas de Compensación Familiar Fondos de Solidaridad y garantía o para empleadores, pues en esos casos deben ser expedidos por las EPS.

Art. 3o Definiciones.

Art. 4o Normas de Interpretación.

El anexo técnico se estructura así:

Titulo Primero: Valoración de las Deficiencias y del Rol Laboral. Ocupacional y en otras áreas ocupacionales.

De tal manera que en esta precisa norma en cita, no se señala quién es la autoridad competente para valorar la pérdida de la capacidad laboral. Pero en la doctrina se tiene claro que las entidades que deben realizarla son las EPS, ARL o Fondo de Pensiones según corresponda al origen o tipología de la enfermedad o accidente, y puede ser recurrida ante las juntas regionales de calificación en caso de que el interesado no esté de acuerdo, y la decisión de la Junta Regional de Calificación puede ser apelada ante la Junta Nacional de Calificación, conforme lo señala el artículo 2.2.5.1.41 del decreto 1072 de 2015.

La demandante es docente, y por ello cuenta con un régimen exclusivo y especial para las prestaciones de seguridad social, el que está a cargo de un Fondo Nacional, que las asume, así como todas las prestaciones, quien, a su vez, contrata con un particular.

El Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 del 29 de diciembre de 1989, que en su artículo 4 estableció la obligación de cubrir las prestaciones sociales a que tengan derecho sus afiliados por su condición.

El formulario de calificación que fue adjuntado a la demanda corresponde a la Clínica General del Norte, que hace las veces de una IPS, dentro de ese régimen especial, contratada por el FONDO de tal manera que, a la luz de la normatividad citada, es la competente para la valoración de la pérdida de la capacidad laboral.

La demandada al objetar la reclamación concluye básicamente, en que ello obedece a que no se acreditó el siniestro, es decir que ha perdido

la capacidad para laborar en más de un 50%, al argumentar en tal sentido, de manera muy ambigua manifiesta que se trata de un seguro, y no tiene que ver con prestaciones sociales o circunstancias de pensión, pero que para “**efecto de configurar el siniestro!**”, se apoyan en el Decreto 1507 de 2014. Con la contestación de la demanda, con igual ambigüedad, manifiesta no desconocer el dictamen proferido por el FOMAG, pero que el mismo no se ajusta a lo pactado en el contrato de seguro, y agrega que antes durante y con posterioridad se conocía las reglas aplicables.

Pese a la ambigüedad, y dado que sí está claro, que cuestiona al FOMAG como autor del dictamen, la objeción más que con el procedimiento en que éste se produce, se encamina es a quién lo produce. Sin embargo, en las dos oportunidades reseñadas en el párrafo anterior, ni aún con los alegatos de conclusión ni del recurso que nos ocupa, ha señalado quién es la persona que debe producir esa valoración.

Y es que en la póliza no se señala quién puede producir la calificación, porque la remisión de la norma según el contenido de la misma ya explicado, no habla, quién puede producirlo, pero en todo caso, según la legislación vigente quienes pueden hacerlo para efectos de reconocimiento de prestaciones sociales son las EPS, las ARL y los Fondos de Pensiones. De tal manera que la posición de la demandada es que deja sin definir quién debe realizar la calificación, pero también rechaza el que provengan de este tipo de dependencias.

Ante esa situación es necesario tener en cuenta que el legislador impone realizar una interpretación que pueda producir algún tipo de efecto:

ARTICULO 1620. <PREFERENCIA DEL SENTIDO QUE PRODUCE EFECTOS>. El sentido en que una cláusula puede producir algún efecto, deberá preferirse a aquel en que no sea capaz de producir efecto alguno.

Al no determinarse quién puede producir la calificación y citar una norma que tampoco lo hace, equivaldría a que nadie pueda hacerlo, por ello debemos entender que, habiéndole asignado la ley a las EPS, las ARL y los Fondos de Pensiones, aunque sea para reconocimiento de prestaciones sociales, para efecto de la constitución del seguro, estas son quienes deben producir esa calificación.

Pero si además eso no es suficiente, debe tenerse en cuenta que esa cláusula ambigua no fue redactada por el tomador ni beneficiario, sino por la misma aseguradora, por consiguiente, la interpretación va contra ella, o por lo menos no en contra de la parte a quien se le impone la misma en un contrato de adhesión.

ARTICULO 1624. <INTERPRETACION A FAVOR DEL DEUDOR>. No pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretarán las cláusulas ambiguas a favor del deudor.

Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella.

Por lo tanto, habrá de confirmarse la decisión de primera instancia.

Por lo expuesto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Santa Marta, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida en audiencia el 4 de diciembre de 2020, por el Juzgado Segundo Civil Municipal, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual seguido por DAISY DEL CARMEN GUTIÉRREZ ARRIETA contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: Fíjese como agencias en derecho la suma de \$1.160.000,00 de acuerdo con lo establecido en el artículo 5º numeral 1º del Acuerdo PSSA 16-10554 del 5 de agosto de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, suma que deberá ser cancelada por la parte demandada.

TERCERO: Ejecutoriada la presente determinación, devuélvase el expediente al Juzgado de Origen para lo de su cargo.

Notifíquese y Cúmplase.

Firmado Por:
Monica De Jesus Gracias Coronado
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 1
Santa Marta - Magdalena

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: **0cf49c4f55797587b660575e027e1f1bf17f28f9a68a483c41056a7ca3dc34d2**
Documento generado en 07/06/2023 03:56:19 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>