

Concepción, lunes doce de junio de dos mil veintitrés.

VISTO:

Compareció Felipe Javier Diez Rengele, abogado, en representación de **Paulina Marcela Diez Rengele**, relacionadora pública, ambos domiciliados en calle Galvarino N° 347, departamento 1207, Concepción, deduciendo recurso de protección en contra de Zurich Chile Seguros de Vida S.A., representada legalmente por su gerente general Marcelo Saavedra Jorquera, ambos con domicilio en O'Higgins N° 330, Concepción, debido a los actos arbitrarios e ilegales en que ha incurrido la aseguradora ante la negativa ilegal, arbitraria, caprichosa e infundada de reembolso de coberturas médicas, estipuladas en la Póliza de Seguro N°314.505-9, de 01 de enero de 2023, afectando con su actuar los derechos y garantías constitucionales establecidos en los numerales 1°, 9° y 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.

Expone que Paulina Diez Rengele forma parte de la empresa Banco Estado Centro de Servicios S.A, desde el 2 de mayo de 2016; que en este contexto, por medio de esa empresa y desde la referida fecha, se han contratado sucesivamente seguros colectivos complementarios de salud en beneficio de los trabajadores, rigiendo actualmente desde el 1 de enero de 2023, un contrato con la Compañía de Seguros “Zurich Chile Seguros de Vida S.A”, correspondiente a un seguro colectivo complementario de salud, póliza N°314.505-9, otorgando cobertura a su representada en calidad de asegurado titular.

Sostiene que durante la vigencia del referido seguro, y luego de diversos malestares y dolencias que la aquejaban física y psicológicamente, Paulina Diez Rengele concurrió a la consulta médica del especialista en Cirugía Bariátrica y Digestiva, James Hamilton S., quien le diagnosticó resistencia a la insulina, hígado graso, prediabetes y obesidad moderada con



síndrome metabólico, según consta en la indicación médica de la referida fecha y en epicrisis médica o comprobante de atención de 29 de enero de 2023, que acompaña a esta presentación.

Indica que como consecuencia de los diagnósticos precedentes, el médico especialista indicó como tratamiento y solución necesaria y eficaz a la patología diagnosticada, la realización de una intervención consistente en una Manga por Laparoscopia, la que se llevó a cabo el 29 de enero de 2023, en la Clínica Andes Salud de Concepción, cuya realización estuvo a cargo del mismo profesional que diagnosticó y ordenó la intervención, cuyo costo ascendió a la suma de \$5.224.530, de los cuales \$2.612.260 debieron ser pagados por su representada, conforme a PAD FONASA Código 2501059, según consta en bono de atención de salud N°407677271. Así las cosas, del referido monto pagado por su representada, el 70% (\$1.828.589) debía ser cubierto por la aseguradora, según consta en las estipulaciones (página 2) de la póliza, incluyendo cobertura a los gastos de hospitalización, cirugía ambulatoria y otros gastos generales de hospitalización, lo que en los hechos no ocurrió, bajo un único, vago, injustificado, arbitrario e ilegal pretexto de que no cumplía con el IMC indicado para obesidad mórbida.

Que aquello no resultaba aplicable ni justificado, pues en los diagnósticos médicos (que acompaña) consta que su representada padecía de obesidad moderada y en ningún caso mórbida, lo que, al operar como una exclusión o una condición especial, no permitía hacer una aplicación extensiva, analógica ni generalizada, cuando se tratara de una obesidad diversa, como ocurre con la moderada, la que sumada de otros malestares médicos motivó la intervención.

Agrega que luego que su representada oportunamente efectuará la denuncia del siniestro el día 22 de febrero de 2023, al cual se le asignó el N°179.247, para que se le reembolsara el 70% (1.828.589) de lo que le

correspondió pagar según bono PAD (\$2.612.270), ésta fue rechazada con fecha 23 de febrero pasado, bajo el siguiente argumento: “sin cobertura cirugía bariátrica, no cumple con IMC indicado en condición particular”, lo que importa un acto infundado y arbitrario, pues si bien la póliza de seguro, en sus “condiciones especiales al cuadro de beneficios de salud”, excluye la cobertura cuando no se cumple con el IMC indicado en la póliza, esto solo puede acontecer única y exclusivamente cuando se trata de pacientes con obesidad mórbida, más no moderada, como es el caso de su representada, según consta en la “Epicrisis médica o comprobante de atención”, de 29 de enero de 2023 (que acompaña), no debiendo aplicar la exclusión.

Argumenta que el artículo 190, inciso segundo del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud reza que: “No podrá convenirse exclusión de prestaciones, salvo las siguientes 1.- Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. Para los efectos de lo dispuesto en este numeral no se considerará que tienen fines de embellecimiento la cirugía plástica destinada a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas en un accidente, ni la que tenga una finalidad estrictamente curativa o reparadora; 2.- Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección a que se refiere el Libro II de esta Ley; 3.- Hospitalización con fines de reposo; 4.- Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la Institución de Salud Previsional deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la Ley N°18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente; 5.- Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de

guerra; 6.- Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error". En consecuencia, alega que la regla general en materia de cobertura es que el contrato de salud cubra las patologías médicas de los afiliados, siendo la excepción la exclusión de ellas.

Plantea que sea que se llamen exclusiones o condiciones especiales al cuadro de beneficios de salud -según lo hace la póliza-, éstas no pueden devenir en interpretaciones exageradas y arbitrarias; que lo que motivó la intervención de Paulina Diez fue un conjunto de padecimientos, tales como resistencia insulínica, hígado graso y prediabetes, los que encontraban su causa, principalmente, por la existencia de la obesidad moderada en un cuadro de síndrome metabólico que su representada padecía.

Expresa que estableciendo la póliza de seguro en las "Condiciones especiales al cuadro de beneficios de salud" N°15, que: "Este seguro tendrá cobertura de Obesidad Mórbida siempre y cuando el IMC sea igual o superior a 40", es del caso entender que, la cobertura del seguro de todos modos debe tener aplicación en casos de obesidad moderada, toda vez que la exclusión solo puede importar una "excepción", y en ningún caso extenderse a otros casos, como ocurre con la obesidad moderada.

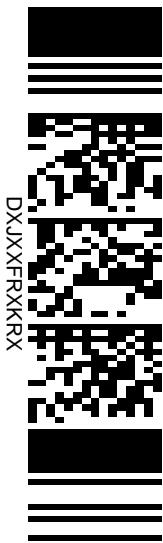
Estima que si bien el contrato de salud nace de la voluntad de las partes, este rige y tiene por finalidad dar cobertura a algo tan sensible y delicado como es la salud, lo que explica que la ley no sólo regule sus condiciones mínimas, sino que también señale el tratamiento que deben recibir las exclusiones de cobertura.

Menciona que tal como se acredita en los documentos acompañados, especialmente en aquel denominado "Epicrisis médica. Comprobante de atención" (firmada por el profesional Hernán Herrera Cortés), la recurrente fue ingresada y egresada de la atención por obesidad moderada con



síndrome metabólico y que la póliza de seguro N° 314-505-9, vigente desde el día 01 de enero de 2023, establece en las condiciones especiales al cuadro de beneficios de salud, N°15, lo que sigue: “Obesidad Mórbida. Este seguro tendrá cobertura de Obesidad Mórbida siempre y cuando el IMC sea igual o superior a 40”, vale decir, restringiéndolo, por tanto, sólo a aquella (mórbida), más no a la moderada que padecía la actora. Por tanto, el actuar de la aseguradora deviene en ilegal, pues la regla general en materia de cobertura es que el contrato de salud cubra las patologías médicas de los afiliados, siendo la excepción la exclusión de ellas. Sumado a ello, si la exclusión de la póliza aplica exclusivamente para la obesidad mórbida, es del caso entender que la exclusión no tendría aplicación en el caso de la obesidad moderada que aquejaba a su representada, porque ésta se encontraba enmarcada en cuadro de diversos padecimientos de salud que motivaron su intervención, siendo por tanto, indiferente su porcentaje de IMC al que atiende la póliza, toda vez que la limitación o “condición especial”, aplicaba sólo para la obesidad mórbida.

Asimismo, estima que la compañía aseguradora ha incurrido en un acto arbitrario, pues el rechazo se fundamentó, según consta en la “solicitud de reembolso rechazado” emitido por la recurrida, única y exclusivamente en lo siguiente: “Sin cobertura cirugía bariátrica, no cumple con IMC indicado en condición particular”. Así las cosas, a su entender, es evidente que la falta de análisis exhaustivo por parte de la aseguradora de todos y cada uno de los antecedentes médicos proporcionados, importó una insuficiente o nula ponderación de los mismos, trayendo como consecuencia un rechazo de la cobertura médica en razones totalmente infundadas, afectando en el goce y ejercicio de garantías fundamentales a las que tiene derecho su representada.



Refiere que lo anteriormente expuesto, conlleva necesariamente a inferir que si la aseguradora hubiera otorgado y realizado el análisis que corresponde a cada uno de los antecedentes médicos acompañados, habría concluido que la intervención quirúrgica a la cual fue sometida la recurrente se motivó por obesidad moderada, y en ningún caso por obesidad mórbida, procedimiento que fue necesario por un conjunto de padecimientos médicos, según consta en orden médica de 22 de diciembre de 2022, suscrita por el Dr. James Hamilton. En tal sentido, hace presente que incluso FONASA, entendiéndolo bajo ese razonamiento y dándole aquel sentido a la intervención quirúrgica tras el estudio de los antecedentes -los mismos acompañados a la aseguradora- procedió a otorgar la cobertura a su representada, según consta en programa de atención de salud N°589870853, antecedentes para confección de programa de atención de salud PAD de 30 de diciembre de 2022 y bono de atención de salud N°407677271, que acompaña.

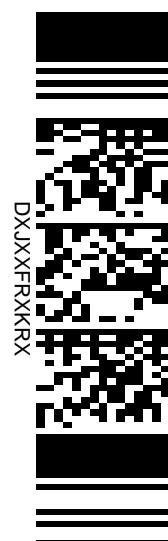
Alega que el actuar ilegal y arbitrario de la recurrente ha vulnerado el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de su representada, consagrado en el artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República, por cuanto, la no cobertura del seguro contratado repercute en la calidad de vida y psiquis de aquella, causándole angustia, desesperación y una grave perturbación psicológica. En igual sentido, se ha vulnerado su derecho a la libre elección del sistema de salud, del artículo 19 N° 9 de la Carta Fundamental, toda vez que la negativa de la aseguradora a darle cobertura a la intervención a la que fue sometida, vuelve inútil o desprolijo el derecho a acceder a coberturas del sistema privado de salud, como ocurre con el seguro complementario, pues, si bien el otorgamiento de las prestaciones de salud, pueden ser elegidas libremente por los afiliados en un sistema público o privado, cuando estas son ofrecidas y prestadas por éstos

últimos, se debe tener especial consideración con el contenido del derecho a la salud, debiendo analizarlo desde una “perspectiva social”.

Igualmente, estima que la aseguradora recurrida ha vulnerado el derecho de propiedad de la recurrente, a la luz de lo dispuesto en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política, ya que, aquella suscribió una póliza de seguro complementario de salud, asumiendo a su vez, por dicha suscripción, una serie de obligaciones, entre ellas, el pago de las primas mensuales que constan en la póliza de seguro suscrita, y la aseguradora, por su parte, asumió las obligaciones propias que dicho contrato conlleva; entre las que destaca el reembolso de los montos según las coberturas pactadas, según consta en las estipulaciones (página 2) de la póliza, incluyendo cobertura a los gastos de hospitalización, cirugía ambulatoria y otros gastos generales. Así las cosas, la exclusión arbitraria e ilegal por parte de la recurrida consistente en la no cobertura del 70% (\$1.828.589) de lo que pagó su representada según Bono PAD Fonasa N°2501059 (\$2.612.270), vulnera, amenaza y perturba su derecho de propiedad.

Solicita tener por interpuesta acción constitucional de protección en contra de Zurich Chile Seguros de Vida S.A., admitirla a tramitación, y, en definitiva, acogerla en todas sus partes, declarando que debe restablecerse el imperio del derecho, ordenando a la recurrida otorgar la cobertura indicada en la póliza del seguro complementario N°314-505-9, y consecuentemente, ordenar pagar el monto por concepto de coberturas y copagos de la misma a Paulina Marcela Diez Ringele, por la suma total de \$1.828.589, lo anterior, con expresa condena en costas.

Informó por la recurrida Zurich Seguros de Vida S.A., el abogado Marcelo Nasser Olea, abogado solicitando que el rechazo del recurso, con costas, señalando que los hechos de la forma en que han sido expuestos por Paulina Diez Ringele se alejan de la realidad y no son



capaces de conducir a una vulneración de garantías constitucionales en los términos del artículo 20 de la Constitución Política del Estado. En efecto, su representada no es autora de una acción ni omisión ilegal ni arbitraria, ya que no ha hecho más que actuar respetando los términos de la ley del contrato suscrito entre las partes, conforme al principio de la autonomía de la voluntad consagrado en el artículo 1545 del Código Civil, así como lo dispuesto en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, alega que estamos ante un asunto en el que existe una discrepancia en la interpretación de un contrato legamente suscrito por las partes, cuestión que por disposición legal debe necesariamente ventilarse en un juicio de lato conocimiento.

Arguye que la misma actora reconoce que la póliza establece que se otorgará cobertura en caso de obesidad mórbida, para lo cual se requiere un IMC igual a Superior a 40, además de que ella no tenía obesidad mórbida, sino que moderada, lo que también debe ponderarse según lo dispuesto en el artículo 1713 del Código Civil, esto es, como una confesión.

Explica que el criterio para determinar la obesidad mórbida no es un criterio que su mandante haya elegido al azar o haya determinado de forma arbitraria, sino que es un criterio universal, inclusive visado por la Organización Mundial de la Salud, por lo que mal podría solicitarse a su mandante que tenga un criterio distinto. Así también, se hace alusión a un actuar ilegal de su mandante, al argumentar que el artículo 190, inciso 2 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, prohíbe convenir exclusión de prestaciones, salvo casos aislados generalmente relacionados con cirugías del tipo estético, lo cual no puede prosperar, por cuanto el DFL N°1 regula la actividad de Instituciones que pertenecen al Sistema de Salud Previsional, dentro de las cuales no está su mandante. A mayor abundamiento, indica que ofrecer seguros de salud o vida no la convierte en una Institución

Previsional de Salud, sino que su actividad está expresamente regulada por el DFL 251, referente a compañías de seguros, sociedades anónimas y bolsas de comercio, así como por la Ley 20.667 que introduce un título especial en el Código del Comercio.

Destaca que las compañías de seguro tienen la libertad, con las limitaciones que establece la ley, de señalar en sus términos y condiciones cuales son los riesgos respecto de los cuales se someterá a cambio de una prima determinada. En ese sentido, insiste que la actora confesó que la póliza señala de forma clara los riesgos que contaban con cobertura, dentro de ellos, obesidad mórbida, estableciendo además un criterio claro para identificar dicha condición, según parámetros visados por la Organización Mundial de la Salud. Así las cosas, si las condiciones de cobertura estaban claras y habían sido informadas y reconocidas en este mismo recurso de protección, mal podría su mandante ser obligada a indemnizar a la actora.

Afirma que su mandante cumplió con todos sus deberes contractuales y lo anterior es un hecho confeso, ya que tan pronto recibió la denuncia del siniestro, realizó las acciones correspondientes para emitir el informe de liquidación correspondiente, analizando la póliza suscrita y los antecedentes médicos de la actora. Y, si dicho informe de liquidación concluyó que el siniestro carece de cobertura por no cumplir las condiciones informadas para que concurriera una indemnización, dicha circunstancia no implica un incumplimiento contractual de ninguna especie y no tiene efecto jurídico alguno, menos el que la actora reclama.

Sostiene además que el recurso de protección no constituye una instancia de declaración de derechos, sino que de protección de aquellos que siendo preexistentes e indubitados se encuentren en situación de ser amparados, estándar que una discusión como la que se presenta en autos no logra alcanzar, por cuanto de ninguna manera pueden considerarse como



indubitados y preexistentes los derechos que la recurrente refiere ante un supuesto actuar arbitrario de una compañía de seguros. Es más, a su juicio, la mera existencia de un contrato de seguro en la cual sea beneficiaria, no le da un derecho inherente, sino que se requiere que concurra un siniestro indemnizable a la luz de la póliza suscrita.

Cita la normativa aplicable al caso de autos, como es el artículo 1545 del Código Civil y los artículos 512, 514, 529 inciso segundo, 530 y 596 inciso segundo del Código del Comercio, de los cuales se desprende que la obligación de indemnizar por parte de la aseguradora está sujeta (en todos los seguros) a una condición, consistente en que el siniestro descrito en la póliza efectivamente (i) se configure y; (ii) no esté excluido expresamente. Lo anterior se ve reafirmado en el artículo 521 del Código de Comercio que establece que la obligación “condicional” de indemnizar es requisito esencial del seguro. De esta manera, sólo son indemnizables los siniestros “cubiertos” y que no se encuentren excluidos.

Manifiesta que para verificar si un siniestro está cubierto, habrá que estar a lo pactado según el artículo 1545 del Código Civil. Así las cosas, la póliza objeto de marras otorga cobertura respecto de la condición de obesidad mórbida, exigiendo un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40. En ese orden de ideas, la actora presentó un índice de masa corporal = 37.9, cifra que no cumplía los parámetros exigidos por la póliza. Lo anterior es tan cierto que el propio recurso descarta que la actora haya tenido obesidad mórbida, sino que confiesa que tenía obesidad moderada.

Estima que al no haber ocurrido un siniestro indemnizable bajo las circunstancias cubiertas por la póliza, es dable establecer que un “siniestro cubierto” jamás se ha configurado y, por ello, no ha nacido a favor de la actora derecho personal alguno en contra de su representada, que mal podría estar en mora de una obligación que no existe. Por ello, el recurso

debe ser rechazado, pues no se configuran los presupuestos necesarios para una acción de cumplimiento forzado.

Precisa que el IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. Frente a ello, la Organización Mundial de la Salud, ha propuesto una clasificación del estado nutricional dependiendo del IMC de una persona.

Reitera que la actora para justificar un supuesto actuar ilegal de su mandante hace alusión al DFL 1 del Ministerio de Salud, en particular el artículo 190, lo cual es un error, ya que la actividad de su representada se encuentra expresamente regulada en el DFL 251, así como en la Ley 20.667 que introduce un título especial para regular el Contrato de Seguro. Asimismo, a través de las pólizas, documento justificativo del contrato de seguro a través del cual se materializan los términos y condiciones, las compañías de seguro establecen los riesgos a los que están dispuestos a someterse, los riesgos que no y la prima que se debe pagar por la trasmisión de dicho riesgo, circunstancia que demuestra que los argumentos vertidos por la actora no son efectivos.

Por otra parte, alega la existencia de un procedimiento especialmente establecido por el legislador para tratar el caso de autos, como es el establecido en la Ley N° 20.667, de 2013 (artículo 543 Código de Comercio), por cuanto existe una diferencia en la interpretación de los términos de la póliza, ya que su mandante considera que los requisitos para otorgar cobertura no se cumplen, básicamente porque el IMC de la actora no es suficiente para calificar su condición como obesidad mórbida y, por ende, carece de cobertura. Y para el caso que la recurrente pretenda

controvertir dicha decisión, la disputa entre asegurado y asegurador deberá ser apreciada conforme lo determina el artículo 543 del Código de Comercio, en un litigio de lato conocimiento, ante un juez de letras o un juez árbitro, donde se pueda rendir prueba, dar aplicación o no aplicación a las cláusulas y exclusiones, términos o plazos de carencias, acreditar el cumplimiento de las normas sobre sinceridad, aplicación de un deducible, franquicia, etcétera.

Concluye señalando que el recurso de protección no es la vía idónea, ni tampoco existe ilegalidad ni arbitrariedad en el actuar de la compañía de vida que emitió la póliza, debiendo en todo caso la cuestión ser resuelta en un juicio de lato conocimiento, conforme lo dispone el artículo 543 del Código de Comercio.

Se trajeron los autos en relación.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye jurídicamente una acción constitucional de urgencia, de naturaleza autónoma, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o perturbe ese ejercicio.

SEGUNDO: Que, por consiguiente, resulta requisito indispensable para la acción de protección la existencia de un acto u omisión ilegal –esto es, contrario a la ley– o arbitrario –es decir, producto del mero capricho de quien incurre en él– y que provoque algunas de las situaciones o efectos que se han indicado, afectando a una o más de las garantías constitucionales



protegidas, consideración que resulta básica para el análisis y la decisión del recurso que se ha interpuesto.

TERCERO: Que, ahora bien, de los antecedentes expuestos con antelación y de la documentación añadida a los autos, fluye que los litigantes discrepan en lo concerniente a la interpretación de una cláusula contractual, incorporada dentro de la respectiva póliza de seguro, en las denominadas “Condiciones especiales al cuadro de beneficios de salud” (Nº 15), que expresa: “Este seguro tendrá cobertura de Obesidad Mórbida siempre y cuando el IMC sea igual o superior a 40”; porque mientras la recurrente sostiene que ello importa una situación sólo reglada para la “obesidad mórbida”, razón por la cual no alcanzaría a la “obesidad moderada” (cual era su particular estado), la que debería quedar cubierta por el seguro; la aseguradora, por el contrario, aduce que esa cláusula constituye una condición (suspensiva) y, por ende, solamente queda cubierta la llamada “obesidad mórbida” cuando el IMC (índice de masa corporal) sea igual o superior a 40, lo que, excluiría otros tipos de obesidad de la correspondiente cobertura del seguro contratado.

CUARTO: Que, expuestas así las cosas, lo primero que deviene es que la sede de la acción constitucional de protección no es la vía para discutir acerca de la concurrencia o establecimiento de derechos, ya que la misma no es declarativa de éstos y menos cuenta con estadios procesales donde sea procedente aportar probanzas tendientes a acreditar los supuestos fácticos que darían pie para la concurrencia de un derecho.

Conforme a lo dicho, en el caso en análisis fluye, desde luego, que no hay un derecho indubitable o incontrovertido que asile las postulaciones de la actora contenidas en su recurso.

QUINTO: Que, entonces, otra es la sede -como análogamente el procedimiento-, donde deben ventilarse las acciones y defensas que se han

aducido en estos autos, y concretamente una vía que permita llegar a determinar fehacientemente si la recurrente cuenta o no con la legitimación activa necesaria para impetrar el pago que en la presente causa solicita.

SEXTO: Que, conforme a lo que se viene diciendo, el recurso no habrá de prosperar, razón por la cual se pasará a resolver en consecuencia y sin mayores dilaciones.

Por esas consideraciones y de conformidad, además, con lo previsto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre la materia, **SE RECHAZA**, sin costas, el recurso de protección interpuesto en representación de Paulina Marcela Diez Ringele, en contra de Zurich Chile Seguros de Vida S.A.

Regístrese, notifíquese y archívese oportunamente.

Se hizo uso en este caso, como consta de autos, de la facultad establecida en el artículo 82 del Código Orgánico de Tribunales.

Redacción del ministro titular César Gerardo Panés Ramírez.

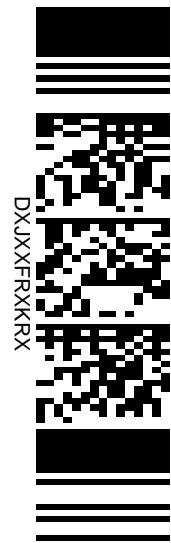
No firma el ministro Fabio Jordán Díaz, no obstante haber concurrido a la vista del recurso y al acuerdo, en razón de encontrarse en cometido funcionario (visita tribunales).

Rol N° 4.189-2023 – Protección.-



Pronunciado por la Quinta Sala de la Corte de Apelaciones de Concepción integrada por Ministro Cesar Gerardo Panes R. y Abogado Integrante Marcelo Enrique Matus F. Concepcion, doce de junio de dos mil veintitrés.

En Concepcion, a doce de junio de dos mil veintitrés, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 02 de abril de 2023, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>