

C.A. de Santiago

Santiago, veinticuatro de junio de dos mil veinticinco.

A los folios 13 y 14: téngase presente.

Vistos y teniendo presente:

PRIMERO: Que, comparece el abogado Miguel Ángel Ramírez Millar, en representación de don J. [REDACTED]

[REDACTED] interponiendo recurso de protección en contra de [REDACTED]

[REDACTED] por haber negado arbitraria e ilegalmente la cobertura de gastos médicos ascendentes a \$21.602.211, correspondientes al tratamiento de un aneurisma sacular comunicante posterior derecho diagnosticado a doña [REDACTED]. Actuación que considera ilegal

y arbitraria, ya que la compañía aseguradora rechazó la cobertura argumentando la preexistencia de la enfermedad, sin contar con diagnóstico médico previo que así lo acredite, vulnerando con ello los derechos fundamentales a la vida e integridad física y psíquica, igualdad ante la ley, protección de la salud y propiedad, que la Constitución Política de la República garantiza a todas las personas en su artículo 19 números 1, 2, 9 inciso final y 24 respectivamente, por lo que solicita se declare la ilegalidad y arbitrariedad de la negativa, se ordene el reembolso de los gastos médicos y se adopten las medidas necesarias para restablecer el imperio del derecho.

Expone que con fecha 1 de abril de 2024, don J. [REDACTED] [REDACTED] contrató con [REDACTED] la Póliza Dominium MAX 3.0 N° 5720396, incluyendo como beneficiaria y asegurada dependiente a su cónyuge, doña [REDACTED]. Dicha póliza contemplaba cobertura para prestaciones médicas necesarias, derivadas de eventos fortuitos que ocurrieran durante su vigencia. Posteriormente, el 23 de julio de 2024, en un examen médico de rutina de tipo preventivo realizado en la Clínica Ciudad del Mar de Viña del Mar, se le diagnosticó por primera vez a la señora [REDACTED] un aneurisma sacular comunicante posterior derecho, constituyendo este diagnóstico un hallazgo completamente sorpresivo e inesperado, toda vez que hasta ese momento ninguna de las partes tenía conocimiento de la existencia de esta grave enfermedad, no habiendo existido síntomas, advertencias ni antecedentes médicos que permitieran siquiera sospechar su presencia.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPDQ

Continúa relatando que, dada la naturaleza altamente riesgosa de la condición diagnosticada, que sin tratamiento oportuno podía provocar una ruptura con consecuencias devastadoras como hemorragia cerebral con riesgo vital o secuelas incapacitantes severas, el médico tratante ordenó un tratamiento inmediato y urgente para doña [REDACTED]. En estas circunstancias, el 25 de julio de 2024, don [REDACTED] contactó a su agente comercial de [REDACTED], la señora [REDACTED] corredora del seguro debidamente inscrita en la Comisión para el Mercado Financiero, quien además había sido la persona que ofreció y vendió la póliza en cuestión. En dicha oportunidad, don Jaime le expuso detalladamente la grave situación médica que afectaba a su cónyuge y consultó de manera clara y directa si el seguro cubría los costos de la intervención en Clínica Alemana, recibiendo una respuesta categóricamente afirmativa de parte de la agente, según consta en copia de correo electrónico acompañado.

Prosigue señalando que, bajo esta garantía de cobertura y ante un escenario crítico de vida o muerte que no admitía margen de espera ni opción alguna de dilación, con fecha 21 de agosto de 2024, la señora [REDACTED] fue intervenida quirúrgicamente en la Clínica Alemana de la Región Metropolitana, realizándosele el procedimiento quirúrgico denominado "Tratamiento endovascular con exclusión reconstructiva". El procedimiento resultó vital y exitoso, evitando una tragedia inminente en su salud, ya que el aneurisma que padecía la exponía a un riesgo inminente y potencialmente letal. Las prestaciones médicas de urgencia representaron un costo total de \$21.602.211, suma que los recurrentes y su familia debieron asumir de manera inmediata y sin posibilidad de planificación, actuando con la certeza de que la póliza contratada cubriría estos gastos conforme a los términos acordados y a la naturaleza del seguro.

Reclama que la compañía aseguradora procedió a negar de manera arbitraria e ilegal la cobertura solicitada. En efecto, relata que el 9 de agosto de 2024, don [REDACTED] recibió una carta del Departamento Beneficios Siniestros Tradicionales de [REDACTED] solicitando antecedentes médicos de doña [REDACTED] los que fueron enviados a conformidad de la compañía de seguros, incluyendo el certificado médico



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPdq

que indicaba que doña [REDACTED] jamás había sido diagnosticada con una patología neurológica previa, ni existían antecedentes que hubieran permitido prever la existencia del aneurisma. No obstante, desde el 8 de noviembre de 2024 hasta la última respuesta definitiva del 13 de enero de 2025, la compañía aseguradora rechazó de manera reiterada la cobertura, argumentando que el aneurisma constituía una enfermedad preexistente, fundamentando su negativa en la supuesta omisión de referencias a cefaleas emocionales y consumo ocasional de tabaco en la Declaración Personal de Salud.

Afirma que [REDACTED] ha argumentado erróneamente que la asegurada fue diagnosticada en 2022 con cefalea tensional y migrañas, además de un supuesto tabaquismo no declarado en la Declaración Personal de Salud. Sin embargo, precisa que el certificado médico establece que doña [REDACTED] presentó un episodio de "dolor de cabeza", condición común que cualquier persona puede experimentar, descrito técnicamente como "cefalea episódica de características mixtas, tensional y migrañosa, asociada a estrés emocional y ansiedad", pero que lo verdaderamente relevante es que dicho certificado concluye de manera categórica que el "Examen neurológico dentro de la normalidad", información que [REDACTED] omite deliberadamente de su análisis para negar la cobertura, reflejando arbitrariedad y mala fe.

Agrega que el Dr. Paulo Zúñiga Bustos, médico tratante, certificó en su informe de fecha 14 de noviembre de 2024 que "Este aneurisma sacular no tenía signos de rotura y tampoco se asociaba a sangrado ni a trastornos secundarios a compresión neural, por lo que se considera un hallazgo imagenológico que no guarda relación con la cefalea de la paciente", haciendo hincapié en que "este aneurisma fue un afortunado hallazgo incidental, cuyo tratamiento permite poner a la paciente a salvo de una complicación hemorrágica potencialmente grave e incluso fatal, pero que no guarda relación con los síntomas de cefalea pre existentes". Posteriormente, el mismo médico tratante certificó nuevamente en su informe de fecha 18 de diciembre de 2024 que el aneurisma no tiene relación causal con las cefaleas previas, declarando específicamente que "el aneurisma era un aneurisma no roto, por lo que debido a su tamaño tampoco generaba, síntomas tipo cefalea o compresión neurovascular".



Destaca que el artículo 591 del Código de Comercio es categórico al señalar que solo pueden considerarse preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas o conocidas por el asegurado antes de la contratación, circunstancia que no concurre en la especie, toda vez que el aneurisma fue diagnosticado por primera vez el 23 de julio de 2024, no existiendo diagnóstico previo ni antecedentes médicos que permitieran prever su existencia. Paralelamente, invoca el artículo 588 del Código de Comercio que establece que "Por el seguro de salud, o las modalidades de otros seguros que incluyan dicha cobertura, el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requiriesen de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente".

Respecto a la vulneración de derechos constitucionales, sostiene que la actuación de [REDACTED] ha transgredido el derecho a la vida, integridad física y psíquica consagrado en el artículo 19 N°1 de la Constitución, al generar un estado de estrés y angustia para los recurrentes quienes se vieron forzados a reunir de inmediato los recursos necesarios para costear una intervención urgente e ineludible; el derecho a la igualdad ante la ley del artículo 19 N°2, al aplicar de manera arbitraria, discriminatoria e inconsistente las exclusiones de la póliza, interpretando las cláusulas contractuales en contra del asegurado sin fundamento técnico ni respaldo científico; el derecho a la protección de la salud del artículo 19 N°9 inciso final, al negar arbitrariamente la cobertura del tratamiento médico necesario para la recuperación de doña [REDACTED] afectando directamente su acceso a la atención de salud requerida; y el derecho de propiedad del artículo 19 N°24, al privar arbitrariamente a los recurrentes del derecho patrimonial derivado del contrato de seguro válidamente celebrado, obligándolos a asumir un costo que contractualmente debía ser cubierto por la aseguradora, generando un perjuicio económico inmediato y cuantificable ascendente a \$21.602.211.

Por estas razones, solicita que se acoja el presente recurso y, en su mérito, se declare que la negativa de cobertura por parte de [REDACTED] [REDACTED] es ilegal y arbitraria, que no ha existido preexistencia respecto del aneurisma de la que fue tratada doña [REDACTED]



se ordene a la recurrida otorgar la cobertura que en justicia procede reembolsando los \$21.602.211 o el monto que esta Corte determine más reajustes e intereses hasta el día del pago, se adopten todas las medidas necesarias para proteger los derechos fundamentales de los recurrentes y restablecer el imperio del derecho, y se condene en costas a la recurrida.

SEGUNDO: Que la recurrida Seguros [REDACTED] representada por el abogado Manuel Urizar Vargas, evacúa el informe requerido por esta Corte, solicitando el completo rechazo del recurso de protección interpuesto en su contra, con imposición de costas a los recurrentes.

Luego de reseñar los antecedentes de la acción, indica que en la "Declaración de Salud" que se efectúa en nombre del grupo familiar incluido en el seguro, deben declararse todas las enfermedades o patologías preexistentes, indicando claramente a quién del grupo familiar corresponde cada condición, así como toda la información complementaria pertinente, incluyendo fecha de inicio, diagnóstico, médico tratante, tratamiento indicado y situación actual.

En ese contexto, resalta la importancia de la pregunta número 21 del cuestionario médico, donde se consulta si padecen o han padecido alguna enfermedad del sistema nervioso, incluyendo específicamente dolor de cabeza, jaquecas, vértigos, desmayos, estrés, parálisis de cualquier tipo, convulsiones, meningitis, epilepsia, accidente vascular cerebral, neurosis, trastornos psíquicos u otras enfermedades del sistema nervioso. A esta interrogante, el Asegurado Titular respondió categóricamente "NO". Igualmente, respecto de la pregunta sobre si son fumadores o han sido fumadores en los últimos 12 meses, tanto el Asegurado Titular como la Carga 1 respondieron negativamente.

No obstante lo anterior, indica que cuenta con documentación médica que demuestra de manera incontrovertible la existencia de patologías preexistentes no declaradas. En efecto, según consta en la Consulta de Neurología de fecha 23 de agosto de 2022, la paciente doña [REDACTED] [REDACTED] fue atendida por el médico tratante [REDACTED] [REDACTED] especialista en neurología, por motivo de cefalea. El diagnóstico establecido fue cefalea episódica de características mixtas tensional y migrañosa, asociando como desencadenante estrés emocional y ansiedad.



Adicionalmente, en el Detalle de Atención Ambulatoria de la Clínica Ciudad de Mar, de fecha 18 de julio de 2024, se consigna que la paciente presenta "muy larga data de migraña clásica, con episodios cada 3 meses que se estudió por neurología hace mucho tiempo". Asimismo, se indica que desde 2019 refiere que, aparte de los episodios de migraña, tiene una cefalea occipital de menor intensidad, pero que ha sido progresiva y ya es casi diaria.

Finalmente, en la Epicrisis número 104949376 de la Clínica Alemana de Santiago, de fecha 21 de agosto de 2024, se establece que la paciente presenta como antecedentes médicos de importancia migraña crónica y tabaquismo social.

Sobre la base de estos antecedentes médicos, la recurrida sostiene que resulta incuestionablemente acreditado que a la fecha de contratación de la póliza, esto es, el 01 de abril de 2024, tanto el Asegurado Titular como su cónyuge tenían conocimiento de que la señora [REDACTED] sufría, desde al menos el año 2019, de cefalea episódica de características mixtas tensional y migrañosa causada por estrés emocional, migraña clásica de muy larga data con episodios cada 3 meses, cefalea occipital progresiva casi diaria, migraña crónica, y que era fumadora social.

En este contexto, enfatiza que si el asegurado titular no hubiese omitido declarar estas patologías preexistentes en el cuestionario médico correspondiente, la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora no habría sido errónea. Específicamente, señala que de haber conocido estos problemas de salud, la aseguradora no habría contratado respecto de la señora [REDACTED] la habría rechazado como asegurada, habría solicitado exámenes adicionales, habría restringido la cobertura, o habría excluido de cobertura todos los problemas de salud neurológicos, incluyendo la cefalea y sus causas, dentro de las cuales se encuentra el aneurisma cerebral.

En cuanto a los fundamentos de derecho, plantea la improcedencia del recurso de protección como vía idónea para resolver la controversia planteada. En este sentido, invoca el artículo 543 del Código de Comercio, introducido por la Ley 20.667, que establece que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPDQ

la procedencia o monto de una indemnización reclamada, debe ser resuelta por un árbitro arbitrador. Sostiene que esta disposición constituye una norma especial que determina la competencia específica para conocer de este tipo de controversias, excluyendo la vía del recurso de protección.

En segundo lugar, alega que el derecho reclamado no es cierto o indubitado, toda vez que existe una evidente controversia sobre el cumplimiento o incumplimiento del contrato de seguro y sobre la procedencia de la indemnización reclamada, lo que sobrepasa los fines de la acción cautelar deducida por los recurrentes. Invoca jurisprudencia en el sentido de que la discusión sobre incumplimiento contractual no puede dilucidarse por la vía del recurso de protección, que no constituye una instancia declarativa de derechos sino de protección de aquellos de carácter indubitado.

En tercer lugar, niega la existencia de una actuación arbitraria o ilegal, sosteniendo que el rechazo de cobertura se fundó en un derecho emanado del contrato de seguro y en las disposiciones legales aplicables, por lo que su conducta no ha sido caprichosa o arbitraria, sino que se ajustó estrictamente a la ley y al texto contractual.

Finalmente, rechaza categóricamente la alegada vulneración de las garantías constitucionales invocadas por los recurrentes, sosteniendo que no ha existido afectación al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, al derecho de igualdad ante la ley, al derecho a la protección de la salud y al derecho de propiedad, toda vez que no ha habido una actuación arbitraria o ilegal por parte del asegurador, sino que, por el contrario, actuó con apego al contrato de seguro y a la ley.

En síntesis, solicita que se rechace íntegramente el recurso con imposición de costas a los recurrentes.

TERCERO: Que, como ha sostenido reiteradamente esta Corte, el llamado recurso de protección de garantías constitucionales, consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción de carácter cautelar de emergencia, destinado a amparar el libre ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enuncian, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales de la autoridad o de particulares que impidan, amaguen o perturben ese ejercicio.



Son presupuestos de esta acción cautelar de protección: a) que exista una acción u omisión ilegal o arbitraria; b) que como consecuencia de la acción u omisión ilegal o arbitraria se prive, perturbe o amenace un derecho; y c) que dicho derecho esté señalado como objeto de tutela en forma taxativa en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

Sobre el punto la jurisprudencia de nuestros tribunales ha dicho que la arbitrariedad implica carencia de razonabilidad en el actuar u omitir, falta de proporción entre los motivos y el fin a alcanzar; ausencia de ajuste entre los medios empleados y el objetivo a tener o aún inexistencia de los hechos que fundamentan un actuar; un proceder contrario a la justicia y dictado solo por la voluntad o el capricho. A su vez, es ilegal una acción u omisión cuando no se atiene a la normativa por la que debe regirse o cuando un órgano ejerce atribuciones exclusivas en forma indebida, contrariando la ley.

CUARTO: Que, el acto que se califica de ilegal y arbitrario lo constituye el hecho de negar la recurrida cobertura de gastos médicos ascendentes a \$21.602.211, correspondientes al tratamiento de un aneurisma sacular comunicante posterior derecho diagnosticado a doña [REDACTED] argumentando la preexistencia de la enfermedad sin contar con diagnóstico médico previo que así lo acredite, desconociendo [REDACTED] la procedencia de la cobertura conforme a los términos de la Póliza Dominium MAX 3.0 N° 5720396 contratada, lo que a juicio de los recurrentes vulnera las garantías constitucionales del artículo 19 N° 1, 2, 9 inciso final y 24 de la Carta Fundamental, correspondiendo a esta Corte determinar si dicho acto se ajusta o no a derecho.

QUINTO: Que según consta de los elementos de convicción allegados, es posible tener por establecidos los siguientes hechos:

a.- Que la asegurada [REDACTED] fue incluida como beneficiaria y asegurada dependiente en la Póliza Dominium MAX 3.0 N° 5720396 contratada por su cónyuge [REDACTED] con fecha 1 de abril de 2024 con [REDACTED]. Con posterioridad, el 23 de julio de 2024, en un examen médico de rutina preventivo realizado en la Clínica Ciudad del Mar de Viña del Mar, se le diagnosticó un aneurisma sacular comunicante posterior derecho.

b.- Que dada la naturaleza altamente riesgosa de la condición diagnosticada, el 21 de agosto de 2024 la señora [REDACTED] fue



intervenida quirúrgicamente en la Clínica Alemana mediante el procedimiento denominado "Tratamiento endovascular con exclusión reconstructiva", generando gastos médicos por un total de \$21.602.211.

c.- Que la recurrida procedió a negar la cobertura solicitada mediante comunicaciones de fecha 8 de noviembre de 2024 hasta la respuesta definitiva del 13 de enero de 2025, argumentando que el aneurisma constituía una enfermedad preexistente, fundamentando su negativa en la supuesta omisión de referencias a cefaleas y consumo ocasional de tabaco en la Declaración Personal de Salud.

SEXTO: Que en estas circunstancias, debe precisarse que el contrato de seguro de salud debe regirse por las reglas establecidas por el legislador en el Código de Comercio, y especialmente por las condiciones generales y particulares de la póliza contratada.

SÉPTIMO: Que, en dicho sentido, el artículo 25 de la póliza N°5720396, dispone que *"Conforme a lo establecido en el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o cualquier beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho"*

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado, el contratante o cualquier beneficiario y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10,000 (diez mil) unidades de fomento, el asegurado, el contratante o cualquier beneficiario podrá optar por ejercer su acción ante la Justicia Ordinaria.

Sin embargo, el asegurado, el contratante o cualquier beneficiario podrá por si solo someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros,



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPQDQ

la resolución de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 (ciento veinte) unidades”.

A su turno el artículo 543 del Código de Comercio, dispone que *“Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho”.*

Lo anterior implica que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o monto de una indemnización reclamada, debe ser resuelta por un árbitro, por lo tanto, existe para los efectos de resolver los litigios entre los asegurados y las compañías aseguradoras un sistema especial de resolución de controversias.

OCTAVO: Que, habiendo establecido la ley un mecanismo especializado de arbitraje para el conocimiento y resolución de los conflictos suscitados entre los asegurados y las compañías de seguros, como en este caso, donde como se ha reseñado, existe una discusión que exige dilucidar y determinar el derecho de los recurrentes a la cobertura de gastos médicos que reclaman, como asimismo la interpretación de las cláusulas contractuales de la póliza de seguro respecto de la alegada preexistencia del aneurisma, respecto de lo cual los actores han alegado que la aseguradora ha interpretado arbitrariamente las condiciones del contrato, circunstancias que evidencian que no es una materia que corresponda ser esclarecida por medio de la presente acción cautelar, en atención a que ésta no constituye una instancia de declaración de derechos, sino de protección de aquellos indubitados que se encuentren afectados por alguna acción u omisión ilegal



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPQ

o arbitraria y, por ende, en situación de ser amparados, presupuesto que conforme a lo dicho, en la especie, no concurre.

NOVENO: Que, en consecuencia la cuestión promovida no es de aquellas que compete ser dilucidada a través del ejercicio de la acción cautelar extraordinaria, ya que debe ser sometida al conocimiento de otra sede.

DÉCIMO: Que, sin perjuicio de lo señalado, debe tenerse en cuenta que existe controversia respecto de si el aneurisma diagnosticado a la asegurada constituye o no una enfermedad preexistente, toda vez que la recurrida funda su negativa en la existencia de patologías neurológicas previas no declaradas, mientras que los informes médicos aportados por los recurrentes establecen que el aneurisma no guarda relación causal con dichas condiciones previas y constituye un hallazgo incidental, lo que evidencia la existencia de una controversia de hecho y derecho que excede el ámbito de protección de la presente acción cautelar, por lo que esta vía no constituye una instancia de declaración de derechos, y sin duda tampoco de interpretación del contrato de seguro que liga a las partes, sino de protección de aquellos derechos preexistentes e indubitados que se encuentran afectados por alguna acción u omisión ilegal o arbitraria. No se puede concebir esta acción constitucional, como un procedimiento con sus etapas comunes de discusión y prueba, al que evidentemente deben someterse las partes para la resolución de este litigio.

UNDÉCIMO: Que atendido lo razonado en los motivos que preceden, el presente recurso de protección no se encuentra en condiciones de prosperar.

Por las razones anotadas y de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, **se rechaza, sin costas**, el recurso de protección interpuesto por don [REDACTED] doña [REDACTED] en contra de [REDACTED]

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

N°Protección-2373-2025.



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPQ



Este documento tiene firma electrónica
y su original puede ser validado en
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: MHEHXYCNPQ

Pronunciado por la Cuarta Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Dobra Lusic N., Jenny Book R. y Abogada Integrante Paola Herrera F. Santiago, veinticuatro de junio de dos mil veinticinco.

En Santiago, a veinticuatro de junio de dos mil veinticinco, 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>

Código: MHEHXYCNPQ