

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2022198437-041-000



Fecha: 2023-10-30 21:42 Sec.día 1068

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 249-249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA

Remitente: 80010-6-80010-6 Funcionario Grupo de Funciones Jurisdiccionales

Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2022198437-041-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 249 249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA
Expediente : 2022-5868
Demandante : JAVIER ANTONIO LOPEZ MALDONADO
Demandados : METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Anexos :

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 13 de octubre del año 2023 (derivado 040-000), en concordancia con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

El señor **JAVIER ANTONIO LOPEZ MALDONADO**, formuló acción de protección al consumidor financiero, de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso, en contra de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS S.A.**, entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con la que pretende que se condene a la aseguradora demandada al pago de la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000) valor asegurado de la póliza de accidentes personales tanto para él como para sus beneficiarios, lo correspondiente al atraso en el pago que debió efectuar en cumplimiento del contrato de seguro adquirido por él con la demandada, pretendiendo también la devolución obligación surgida del cumplimiento de dicho contrato y la respuesta a sus peticiones presentadas ante la aseguradora.

Admitida la demanda, fue notificada a la demandada, quien en oportunidad se opuso a las pretensiones de la demanda mediante la formulación de sendas excepciones de mérito, las cuales se procede a su estudio de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario.

En este sentido, reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de las pretensiones de la demanda y la competencia

del despacho en el marco de la acción impetrada, le corresponde entonces al Despacho establecer la existencia de una responsabilidad contractual de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** en virtud del contrato de seguro de accidentes personales número póliza matriz 1055953 en la que funge como tomador BANCO CREDIFINANCIERA S.A., certificado individual en el que funge como asegurado el señor demandante **JAVIER ANTONIO LOPEZ** y como parte del grupo familiar asegurado el señor Daniel Andres Aguillón Bejarano, con ocasión de la fractura padecida el 11 de febrero de 2022 por el señor AGUILLON BEJARANO y si en virtud de ello si accede o no a las pretensiones de la demanda.

Para estos efectos, encontrado que la controversia se enmarca en un contrato de seguros, cuya naturaleza no fue objeto de debate en la presente controversia, es del caso precisar que los mismos se encuentran regulados en el Código de Comercio 1046 al 1162, y su actividad, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, y en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado en dicha disposición por la Ley 1480 del 2011 –Estatuto del consumidor-.

Siendo del caso recordar, que la relación contractual establecida entre un consumidor financiero y una entidad vigilada se encuentra enmarcada en un contexto de protección constitucional como lo es el derecho del consumidor previsto por el artículo 78 de la Constitución y el derivado del ejercicio de la actividad financiera y aseguradora, que ha sido elevada al rango de interés público como lo establece el artículo 335 *ibídem*, y cuya ejecución por tanto impone a las entidades prestadoras que para ello fueren autorizadas por el Estado, el ejecutar su actividad acorde con precisos deberes de información, atención y debida diligencia, que le competen conforme con los artículos 97 y 98 numeral 4 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en armonía con los literales a) y c) del artículo 3 del título I de la Ley 1328 de 2009, siendo estos deberes exigibles en el ámbito contractual por virtud de lo establecido en el artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y la Ley 1328 de 2009.

Y es que respecto al deber de información, la Corte Constitucional en la sentencia de T-136 de 2013, determinó que “Precisamente la Ley 1328 de 2009, en concordancia con lo señalado por el artículo 97 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece que las entidades vigiladas tienen la obligación de suministrar a los consumidores financieros toda la información necesaria para que estos escojan las mejores opciones del mercado de acuerdo con sus necesidades. De hecho, el acceso efectivo a la información es uno de los principios fundantes sobre los cuales se erige el régimen de protección al cliente.

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor ostenta la calidad de consumidores financieros.

Elemento además relevante en cuanto a que el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado *responsabilidad contractual*.

Partiendo del citado marco normativo, se procede al estudio del caso en concreto atendiendo la competencia de la Delegatura frente a cada relación contractual del actor con la demandada.

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, sea del caso resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, “Con las

restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro y aceptada por el asegurado se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones y en los alegatos de conclusión, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

Siendo reiterar sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como en los literales b) y c) del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009, las cuales disponen el *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”*.

Y es que atendiendo al interés público que cubija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada y que constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma disposición.

Bajo el anterior marco conceptual, téngase de presente que el acceso a la información adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos en la misma Constitución Nacional.

De allí la importancia, que en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*.

De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Ahora bien, sobre el particular el señor demandante en su interrogatorio de parte manifestó que el asesor mediante el cual el adquirió el crédito con el tomador BANCO CREDIFINANCIERA le informó sobre un seguro de accidentes personales, respecto del cual firmó la solicitud individual del seguro de accidentes personales y recibió copia de la póliza físicamente, documentos entregados por el asesor el día en el que se vinculó al mismo firmando dicho contrato de seguro, documento que le fue exhibido en interrogatorio y por él reconocido en el interrogatorio formulario de oficio indicando que los recibió en físico, así mismo, manifiesta que le fueron informadas las coberturas respecto de accidentes (derivado 029-000 grabación 1 de 2 minutos 15:35 al 18:04). Manifestación que es coherente con lo informado por el asesor comercial HAROLD GUIO en testimonio decretado de oficio, mediante el cual manifestó que le explicó al actor las coberturas de la póliza que aparecen en la caratula de la póliza, dentro de las cual no se pacto amparo por “fractura de huesos”, como se evidencia en el caratula de la póliza aportada por las partes al proceso (derivado 040-000 grabación 1 de 1). De lo anterior, se evidencia la debida información brindada al actor al momento de la adquisición del contrato de seguro objeto del litigio.

Aunado a lo anterior, se tiene que las partes reconocieron como hechos ciertos los siguientes:

1. *El señor JAVIER ANTONIO LOPEZ diligenció y firmó el documento identificado como “certificado individual de seguro de accidentes personales” el día 1 de febrero del año 2022, en el que se pactó la adquisición del “Plan Familiar” los amparos de:*
 - *Muerte accidental*
 - *Incapacidad total y permanente por accidente*
 - *Desmembración accidental*
 - *Rentas diarias por hospitalización en caso de accidente o enfermedad*
 - *Rentas mensuales por fallecimiento accidental durante seis (6) meses*
 - *Asistencia médica telefónica*

E inscribió como grupo familiar a:

- *Andrea Paola Bejarano como cónyuge*
 - *Cristian David Aguillón Bejarano como hijo 1*
 - *Daniel Andres Aguillón Bejarano como hijo 2*
2. *El señor JAVIER ANTONIO LOPEZ ese mismo día 1 de febrero de 2022, recibió copia de la póliza certificado individual de seguro de accidentes personales con su clausulado en físico.*
 3. *En virtud de dicha solicitud el señor JAVIER ANTONIO LOPEZ fue vinculado como asegurado a la póliza de accidente personales identificada con el número póliza matriz 1055953 en la que funge como tomador BANCO CREDIFINANCIERA S.A.*
 4. *El pago de la prima se pactó mensual mediante recaudo efectuado por el tomador con la cuota del crédito y posterior traslado a la aseguradora.*
 5. *Para el día 11 de febrero de 2022 el contrato de seguro de accidentes personales se encontraba vigente.*

6. *el señor Daniel Andres Aguillón Bejarano el día 11 de febrero de 2022 sufrió una fractura a en la mano derecha.*
7. *El señor JAVIER ANTONIO LOPEZ solicitó la afectación del contrato de seguro de accidentes personales con ocasión de la fractura sufrida por el señor Daniel Andres Aguillón Bejarano.*
8. *La aseguradora objetó el pago de la reclamación por ausencia de cobertura.*
9. *El señor JAVIER ANTONIO LOPEZ presentó reconsideración de la objeción.*
10. *La aseguradora reiteró la objeción.*

En este orden, atendiendo que la controversia frente a la compañía de seguros encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado, es del caso estarse a la verificación de la carga establecida por el legislador en el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual establece *“Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”*, además fundado en el artículo 167 del Código General del Proceso, con ocasión al cual *incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*

Al respecto, en relación con el acreditar la ocurrencia del siniestro, entendido este como *“la realización del riesgo asegurado”* de conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, se debe inicialmente establecer cuáles son las condiciones del contrato de seguro base de controversia. Y para este propósito, el artículo 1046 *ibidem* dispone que el contrato de seguro se *“probará por escrito o por confesión”*, precisando que se denomina póliza al documento contentivo del contrato, el cual deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

A su vez, los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación establecen que debe contener la citada póliza y que documentos hacen parte de la misma, debiéndose resaltar que conforme a las citadas disposiciones además de las condiciones generales se debe indicar *“9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo”* y *“11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”*, así como que hacen parte de la misma la solicitud firmada por el tomador y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

Para este propósito, reposa en la actuación copia de la póliza de accidentes personales reconocida por las partes como documento de solicitud /certificado individual de seguro de accidentes personales, en el cual se establecieron las precitadas coberturas, de las que en interrogatorio de parte la apoderada de la aseguradora preguntó cual era el amparo que pretendía afectar, frente a lo que respondió que se trataba del amparo de *“Fractura de Huesos”* como consta en el derivado 029-000 grabación 1 de 2 minutos 00:20:48 al 00:21:12, posteriormente le fue exhibida la caratula de la póliza por solicitud de la aseguradora, para preguntarle al actor de los amparos contratados en el documento, cual era el que pretendía afectar y respondió que el de incapacidad total y permanente, el cual se pactó en los siguientes términos:

“CONDICIÓN SEGUNDA

Incapacidad total y permanente a causa de un accidente

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, SUFRA UN ACCIDENTE Y ESTE LE GENERE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE SE EXTIENDA POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIOS, DIAGNOSTICADA POR UN MEDICO, Y QUE DICHA INCAPACIDAD LE PRODUZCA AL ASEGURADO UNA PERDIDA LABORAL SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), METLIFE SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O SOLICITUD DE SEGURO.

LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEBERÁ SER CERTIFICADA POR UNA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ REGIONAL, NACIONAL, ARL O EPS. (...)

Situación que no se dio respecto del accidente con fractura de hueso padecido por el hijo del señor demandante, Daniel Andrés Aguillón Bejarano como miembro del grupo asegurado, toda vez que recibió una incapacidad temporal que no se enmarca en el amparo que se pretende afectar, como se evidencia con los documentos allegados a la aseguradora para soportar la solicitud de afectación radicada y los aportados por el señor demandante, específicamente la historia clínica allegada por el actor al proceso, en la que se evidencia que fue atendido por la doctora Liliana Patricia Hernandez Herrera en consulta externa, por *“Contusión de otras partes de la muñeca y de la mano”* y estableciendo como resultado del paraclínico, radiografía de la mano derecha *“Fractura de tercer metacarpiano”*

con ingreso y salida del mismo día, respecto del cual no se dio hospitalización por parte del miembro del grupo asegurado, respecto de quien se pretende la afectación del contrato de seguro objeto del litigio.

Por lo que para el caso en estudio no se evidencia la ocurrencia del siniestro en los términos del amparo que se pretende afectar. Aunado a lo anterior, se tiene que el actor en respuestas a las preguntas formuladas por su apoderado judicial respondió que contaba con el amparo de fracturas de huesos y cuando se le pidió que en el contrato de seguro indicara donde estaba pactado el amparo no supo responder y se limitó a decir que le entregó todos los documentos a su abogado y este a su vez manifestó que son todos los que reposan en el proceso, sin que especificara donde estaba pactado el amparo de facturas en la póliza.

Situación que conlleva a que de oficio se requiriera al actor para que allegara copia de todas las comunicaciones cruzadas con la aseguradora en relación con el contrato de seguro objeto del litigio, las cuales fueron atendidas por la parte actora mediante correo electrónico que reposa en el derivado 030-000 y entre las cuales se aportó el archivo intitulado como *“Evidencia Página Web Metlife”* en el que se allega una captura de pantalla de la página web de la aseguradora en la que se cita la oferta del contrato de seguro de accidentes personales en la que se ofrecen las coberturas básicas y en la página 3 de 3 las coberturas adicionales que podrá contratar el consumidor, captura de pantalla que no especifica fecha y hora, y de la que se lee lo siguiente: *“Además podrás contratar coberturas adicionales, para que estes protegido en caso de: (...) “Desmembración por accidente / fractura de huesos y quemaduras graves”*, respecto de lo anterior, es preciso recordar que dicho amparo se encuentra ofertado como una cobertura adicional que se puede o no contratar por el consumidor, situación que fue demostrada con el contrato de seguro adquirido por el señor demandante en el que no se contrató el amparo de fractura de huesos, como se evidenció en la caratula de la póliza, clausulado allegados por las partes, en los interrogatorios de parte al señor demandante y a la representante de la aseguradora, así como en el testimonio del asesor comercial recaudado en el presente proceso HAROLD GUIO a quien se le consultó sobre la presunta cobertura de fracturas de hueso que el actor insiste contrató, respecto del cual informó que no se trata de un amparo ofrecido en la póliza objeto del litigio, que no le ofreció dicho amparo y que este no se encuentra pactado en dicho contrato.

Por todo lo anterior, se tiene que el evento ocurrido el 11 de febrero de 2022 que correspondió a la fractura del tercer metacarpiano en la mano derecha del señor Daniel Aguillón no tuvo cobertura en el contrato de seguro objeto del litigio, llevando a la inexorable conclusión de tener como probada la excepción intitulada como *“Inexigibilidad de obligación alguna a cargo de METLIFE COLOMBIA: El marco fáctico del reclamo elevado por el señor*

JAVIER ANTONIO LOPEZ MALDONADO carece de cobertura” llevando así al traste las pretensiones de la demanda.

Ahora bien, en ejercicio de las facultades ultra y extra petita procede el despacho a verificar si los hechos base de la solicitud de la afectación del contrato de seguro, se tiene que el amparo de “*Rentas diarias por hospitalización en caso de accidente o enfermedad*” tampoco sería susceptible de afectación, de conformidad con los hechos que dan base a la presente acción de protección, pues el señor Daniel Aguillón fue atendido y dado de alta el mismo día, aunado a la redacción de dicha cobertura que se encuentra en las documentales que fueron aportadas al expediente por las partes, sin que se controvertan o tachan de falsas.

Así mismo, se tiene que no se discute la información brindada al actor, toda vez que reconoció que diligenció y firmó la solicitud de seguro de accidentes personales y que recibió copia del contrato cuando el asesor lo visitó a su negocio o establecimiento de comercio, por lo que se tiene su firma en señal de aceptación de las condiciones allí contenida, la cual no fue tachada o desconocida en oportunidad.

Seguidamente respecto de la segunda pretensión en cuanto a que se obligue a la aseguradora a dar respuesta sobre los derechos de petición, es preciso recordarle al actor que la aseguradora es una empresa del régimen privado que ejerce comercialmente la actividad aseguradora de interés público como se mencionó en el marco normativo de la presente decisión, citado lo anterior, se evidenció en el proceso que frente a la reclamación o solicitud de afectación del contrato la aseguradora contestó al demandante objetando el pago pretendido y frente a la comunicación intitulada como recurso que para el desarrollo del contrato de seguro se tiene como reconsideración, esta última ratificó la decisión de objetar el pago, situaciones que fueron reconocidas por las partes y determinados como hechos relevados de prueba, tanto así que el actor y la aseguradora aportaron copia de todas las comunicaciones cruzadas en los derivados 000-000 y 030-000 y la aseguradora con la contestación derivado 007-000 y 028-000 del expediente, atendiendo las pruebas decretadas de oficio, documentales no controvertidas por las partes y de las que se evidencia que la aseguradora si atendió las solicitudes del actor, por lo que no podría decirse que por no atender favorablemente la solicitud se deba tener esta como no contestada, por lo que la pretensión en estudio carece de objeto por evidenciarse atendidas las comunicaciones del actor hacia la aseguradora.

Por lo que todo lo anterior, lleva al trate con las pretensiones de la demanda respecto de la citada entidad, conllevando abstenerse el Despacho del análisis de los otros medios exceptivos propuestos de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso

Finalmente, la Delegatura no condenará en costas al demandante por no aparecer ellas probadas en el expediente.

En consecuencia, la **DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

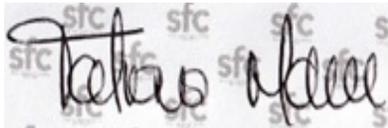
PRIMERO: DECLARAR probadas la excepción intitulada por la pasiva como “*Inexigibilidad de obligación alguna a cargo de METLIFE COLOMBIA: El marco fáctico del reclamo elevado por el señor JAVIER ANTONIO LOPEZ MALDONADO carece de cobertura.*”, de conformidad con lo señalado en la parte motiva de la presente sentencia.

SEGUNDO: Negar las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



TATIANA MAHECHA MARTINEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

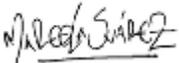
Copia a:

Elaboró:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

Revisó y aprobó:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

<p>Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado</p>
<p>La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>31 de octubre de 2023</u></p> <p> MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario</p>