

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023023413-071-000

Fecha: 2024-04-17 18:20 Sec.día 3722

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 249-249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA

Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

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 : 2023023413-071-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 249 249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA
Expediente : 2023-1032
Demandante : INES PINZON CAMACHO
Demandados : POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Anexos :

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 5 de abril, de conformidad con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, y de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 57 de la Ley 1480 de 2011, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

La señora **INES PINZON CAMACHO**, actuando en nombre propio promovió demanda en ejercicio de la acción de protección al consumidor en contra de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, entidad vigilada por esta Superintendencia, pretendiendo:

“1°. Solicito se Ordene a la Compañía Positiva dar Cumplimiento con la Indemnización de la Cobertura adicional por Incapacidad Total y Permanente que afecta la Póliza de Vida Individual No. 3700003823 a nombre de Inés Pinzón Camacho identificada con la cedula de Ciudadanía 63.458.246 por que acredito la ocurrencia del siniestro con el Dictamen No.17024 con fecha de Estructuración 3/5/2021 porcentaje 52.95% emitido por el Comité Técnico Científico Junta Regional de Calificación de Invalidez del Meta, que está debidamente ejecutoriado; como lo establece el Artículo 1077 de C.Co. Pues el siniestro surgió en vigencia del contrato de seguro.

2°. Se ordene que con el Siniestro reportado quedó exonerada de pagos de primas por Seguro Vida y por Hospitalización, con base al contrato inicial donde estoy asegurada por \$ 2.1000.000.000.00 M/L.

4°. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto solicito se condene a Positiva A. pagar \$ 735.000.000.00 por incapacidad total y permanente ii) Junto con los intereses moratorios sobre las sumas anteriores desde que se presentó la reclamación extrajudicial hasta cuando se verifique el pago así como los Perjuicios morales que estimo en la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, adicional la suma de \$ 35 millones a causa del incremento anual que corresponde al año 2023, al final la suma total por todo concepto de las sumas a deudas por obligación – (indemnización siniestro). Reclamado con fecha 28 de Junio de 2022. Liquidación que adjunto solo por la mora por la SUMA DE (\$ 1.173.785.744.00 M/L). más 100 salarios y 35 millones incremento conforme a las proyecciones que corresponde al año que avanza. TOTAL de: \$1.308.785.744.00.M/L.

5°. Solicito se ordene a la Compañía de Seguro Positiva emitir Resolución de Pago por concepto de la Póliza No. 3700003823 a la Cuenta de Ahorros No. 4792032310 BANCO COLPATRIA a nombre de la suscrita señora INES PINZÓN CAMACHO y, con forme a las proyecciones para el año 2022 Y 2023, que corresponden a la SUMA DE: MIL TRESCIENTOS OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETESIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS. M/L. (\$ 1.308.875.744.00) M/L.

6°. Se ordene a la entidad en el término más expedito hacer el reconocimiento y pago de la Indemnización por siniestro No. 3/05/2021.

7°. Solicito que al momento de ser admitida la demanda se notifique el auto que vincule a las partes como es la Compañía Positiva, Junta regional de Calificación de Invalidez del Meta y la suscrita demandante.

8°. Solicito se Ordene a la Compañía Positiva que al momento de contestar la Demanda me notifique mediante el E-MAIL: ipc7989@hotmail.com para que se cumpla con el derecho a la defensa y demás garantías legales.

9°. Solicito al competente de la Superintendencia Financiera área Jurisdiccional que al notificar la fecha día hora para la Audiencia me envíen al correo electrónico: ipc7989@hotmail.com , a fin de que se cumpla con el debido proceso.”

Mediante auto del 09 de marzo de 2023 se admitió la demanda (derivado 002), posteriormente fue notificada la entidad demandada (derivados 005), quien en oportunidad se opuso en oportunidad a las pretensiones con la proposición de excepciones de mérito (derivado 008).

De las excepciones formuladas, se corrió traslado a la parte demandante (derivado 010), quien se pronunció al respecto a derivado 011, por lo que el Despacho se estará al contenido de las pruebas documentales que obran en el plenario, frente a las cuales no existe desconocimiento o debate alguno entre los opuestos procesales.

I. CONSIDERACIONES

Conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva “*las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas*”

relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público” (se resalta), en ejercicio de la acción que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, ha denominado Acción de Protección al Consumidor.

Teniendo en consideración la competencia que tiene la Delegatura para conocer de las controversias contractuales que surjan entre consumidores financieros y las entidades vigiladas por esta Superintendencia surgidas de los contratos que éstas últimas ofrecen; se tiene que las partes no discuten la existencia de un contrato de seguro de vida No. 3700003823, en el cual funge como tomadora y asegurada la **INES PINZON CAMACHO** y como aseguradora **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

El contrato mencionado tiene regulación en el título V del libro CUARTO del Código de Comercio artículos 1036 al 1162, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, debiéndose resaltar 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-. Lo anterior, atendiendo el interés público que presenta la actividad financiera y aseguradora de conformidad con el artículo 335 de la Constitución Política de Colombia.

De igual forma, sin perder de vista que la mencionada relación contractual objeto de estudio, emergen de un escenario de expresa protección constitucional, basando tanto en el del derecho del consumidor previsto por el artículo 78 de la Carta Política, como en el ejercicio de la actividad aseguradora, de evidente interés público como lo establece el artículo 335 ibídem. Bajo dicho marco, la ejecución de los contratos impone precisos deberes de diligencia a las partes contratantes, y en especial a las vigiladas por esta Superintendencia Financiera, determinados por aspectos tales como la utilidad que éste les reporta, experiencia, profesionalismo, poder negocial, ubicación en el contrato.

En torno al estándar de diligencia propio de las entidades vigiladas, la ejecución de las operaciones que les corresponden debe estar precedida y acompañada por un conjunto de medidas tuitivas, de precaución e información dispuestas para salvaguardar el interés público que la actividad aseguradora y financiera comporta, medidas 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. Tales medidas son correlato del derecho de los usuarios a recibir productos y servicios con estándares de seguridad y calidad (literal a del artículo 5° y b del artículo 7° de la Ley 1328 de 2009), incorporando el artículo 5° de la Ley 1328 citada, un conjunto de derechos que integra el núcleo mínimo de protección vigente “*durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada*”.

Expuesto lo anterior, procederá la Delegatura entrará a definir si existe responsabilidad contractual por parte de **POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** en virtud del contrato de seguro de vida No. 3700003823, con ocasión al amparo de incapacidad total y permanente, debido a la pérdida de capacidad laboral dictaminada a la demandante.

Expuesto lo anterior procede en primer lugar el despacho a resolver lo relacionado con la información recibida por la señora **INES PINZON CAMACHO** al momento de su vinculación en la póliza materia de controversia.

Sobre este punto encuentra la Delegatura que conforme lo mencionado por el testigo ORION ALEXIS BULLA, asesor que colocó la póliza objeto de litigio, indicó que los trámites previos a la suscripción de la póliza, la cliente fue debidamente asesorada para la adquisición del producto asegurativo, puesto que las tratativas duraron varios meses en los cuales se estaba en constante contacto con la señora **INES PINZON CAMACHO**, lapso en el que se le informó las condiciones en los que se le iba a expedir la póliza, y las exclusiones y extra primas que se le iban aplicar en razón de los padecimientos que la misma cliente

enunció en la declaración de asegurabilidad. Además de lo anterior el testigo aportó como parte de su testimonio, correo electrónico del 7 de abril 2021, mediante el cual se le envió a la señora **CAMACHO** las condiciones particulares y generales de la póliza contratada, además la factura de cancelación de la prima (derivado 066).

Visto lo anterior, está acreditado mediante el material probatorio obrante en el expediente digital, que la señora **INES PINZON CAMACHO** recibió debidamente durante el proceso de contratación, la información relacionada con las condiciones de la póliza y sus exclusiones por parte de la compañía aseguradora, de allí la eficacia de su contenido, pues se surtió en los términos que prevé el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011.

Resuelto lo anterior procede la Delegatura en segundo lugar resolver sobre la afectación de la póliza materia de controversia.

Al respecto, cumple anotar que el legislador facultó a las compañías de seguros para que, atendiendo a unos parámetros económicos, legales y técnicos –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir a su arbitrio, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración. Prerrogativa que encuentra fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio el cual dispone “*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*”, sin que ello conlleve la convalidación de cláusula abusivas expresamente prohibidas por el legislador al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo establece el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009.

Bajo el mismo derrotero, no puede perderse de vista que quien determina unilateralmente el contenido del contrato de seguro y fija previamente las condiciones generales es la aseguradora, para que sus clientes a su elección las acepten o las rechacen, esto por tratarse de relaciones contractuales en masa, que deben desarrollarse de manera estandarizada en su ejecución y operación y que se suscriben siempre entre el mismo contrayente y un gran número de personas.

Bajo este contexto, atendiendo que en el presente caso, la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado en el marco de la obligación condicional del contrato de seguro, se debe proceder entonces –en principio- a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, en virtud de la cual corresponde al asegurado el demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador el demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, de conformidad con la carga establecida en el mismo inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, en el cual se establece “*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”.

Sobre este particular, respecto a la carga que posee el demandante como asegurado, en relación con la acreditación de la ocurrencia del siniestro, téngase de presente que en términos del artículo 1072 del Código de Comercio “*Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado*”, por lo que se debe establecer cual el es riesgo asegurado que fue otorgado bajo la póliza objeto de estudio.

En la misma línea de conformidad con lo establecido en el artículo 1054 del Código de Comercio, se denomina riesgo al “*suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños*”.

al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.”.

De conformidad con lo anterior se tiene que la póliza materia de controversia inició vigencia el día 6 de abril del año 2021 conforme la carátula de la póliza que fue aportada por la aseguradora demandada, y además se aportó al expediente mediante la demanda y su contestación, la póliza objeto de litigio la cual no fue tachada ni desconocida por las partes, y en la cual se evidencia que el anexo del amparo de incapacidad total y permanente se estableció como:

*“PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE CONSIDERA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA CONDICIÓN DE SALUD DEFINITIVA E IRREVERSIBLE DEL ASEGURADO QUE LE IMPIDA REALIZAR CUALQUIER OCUPACIÓN U OFICIO DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD O PROFESIÓN QUE SEA REMUNERADA **COMO CONSECUENCIA DE ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y/O FUNCIONALES SECUNDARIAS A ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE SE DIAGNOSTIQUEN O QUE SE PRESENTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PRESENTE AMPARO**; SIEMPRE QUE TAL CONDICIÓN HAYA EXISTIDO DE MANERA CONTINUA POR UN PERIODO NO MENOR A CIENTO OCHENTA DÍAS (180). SE REQUIERE QUE LAS LESIONES MOTIVO DE INCAPACIDAD NO HAYAN SIDO CAUSADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO Y QUE LA INCAPACIDAD SEA RECONOCIDA Y CERTIFICADA POR UN MÉDICO DESIGNADO POR LA COMPAÑÍA. TAMBIÉN SE ENTENDERÁ QUE EXISTE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SIN SUJECCIÓN A LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) MENCIONADOS EN EL PARÁGRAFO ANTERIOR, CUANDO HAYA PÉRDIDA TOTAL, DEFINITIVA E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS; LA PÉRDIDA FÍSICA O FUNCIONAL DE LAS DOS MANOS; DE LOS DOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE. EN EL CASO DE LAS MANOS, LA PÉRDIDA DEBERÁ PRESENTARSE AL NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA (MUÑECA) O POR ENCIMA DE ELLA, Y EN CASO DE LOS PIES, LA PÉRDIDA DEBERÁ PRESENTARSE AL NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA (TOBILLO) O POR ENCIMA DE ELLA” (se resalta).*

De conformidad con lo anterior, resulta importante resaltar, que como se evidencia de la citada condición, se está en presencia de un amparo compuesto, donde la obligación condicional derivada del contrato de seguro surge al momento de acreditarse la totalidad de los elementos establecidos en el amparo, sin que se pueda asimilar al estado de invalidez, figura que además encuentra su definición legal, contrario a la incapacidad reclamada en donde se debe estar a la definición contractual de las partes del contrato.

En ese orden, se debe resaltar que el citado amparo, de orden compuesto requiere o se materialicen varios eventos para que se configure el siniestro, como fuera:

1. La condición de salud definitiva e irreversible del asegurado que le impida realizar cualquier ocupación u oficio de acuerdo a su actividad o profesión que sea remunerada
2. **Que el evento generador de la incapacidad es decir las enfermedades o accidentes se diagnostiquen o que se presenten con posterioridad a la fecha de expedición de la póliza**
3. Que la incapacidad haya existido de manera continua por un periodo no menor a ciento ochenta días (180)
4. Se requiere que las lesiones motivo de incapacidad no hayan sido causadas deliberadamente por el asegurado

5. También se entenderá que existe incapacidad total y permanente, sin sujeción a los ciento ochenta días (180) mencionados, cuando haya pérdida total, definitiva e irreparable de la visión en ambos ojos; la pérdida física o funcional de las dos manos; de los dos pies o de una mano y un pie

Son éstos, los presupuestos de la definición del amparo que debe acreditar el asegurado para que se tenga por demostrada la ocurrencia del siniestro.

En virtud de lo anterior, se tiene que la demandante para soportar la reclamación de la póliza de vida objeto de litigio aportó con la demanda acta de Junta de Calificación del Meta No. 17024 del 17 diciembre de 2021 en la cual le fue otorgada una pérdida de capacidad laboral de 44,59%, aclarado el día 5 junio de año 2022, mediante el cual le otorgó una pérdida de capacidad laboral del 52,91%, con fecha de estructuración 3 de mayo 2021.

La Delegatura al revisar dichos documentos que sirvieron de base para la reclamación (dictámenes y ponencias de los dictámenes) , encontró que los motivos por los cuales la señora **INES PINZON CAMACHO** fue calificada con la pérdida de capacidad laboral superior al 50% ocurrieron con antelación al momento en que la demandante y la compañía aseguradora demandada suscribieron la póliza materia de controversia, esto es 6 de abril 2021, puesto que ciertas patologías que sirvieron de base para la calificación emitida, hecho que se puede corrobora mediante las ponencias de los dictámenes aportadas por la demandante con su escrito introductorio .

Fisiatría, 18/09/2007. "...Dolor de la parte baja de la espalda de tres años de evolución, se propaga al miembro inferior derecho hasta la pierna. Se ha intensificado en los últimos seis meses. Es tipo opresivo y se le intensifica el periodo premenstrual. Se alivia con ibuprofeno, acetaminofén con codeína. Ha recibido manejo de fisioterapia. Revisión por sistemas: viene presentando incremento de peso desde hace cuatro años. Antecedentes médicos: pancreatitis. Hernia hiatal y reflejo gastroesofágico. Antecedentes quirúrgicos: resección de tumor mediastinal el 29 de enero de 2007, Colecistectomía en 2005. Diagnósticos: 1. Obesidad. 2. Dolor lumbar crónico, secundario a 1. 3. Imbalance muscular secundario a 1. 4. Genu valgo bilateral. 5. Bursitis anserina bilateral secundaria a 1.

RNM Caderas, 20/10/2020. En cada cadera el único hallazgo observado es el engrosamiento del ligamento redondo con tejido adyacente de señal heterogénea que sugiere sinovitis periligamentaria. Esto puede condicionar micro inestabilidad de la cadera. Es importante correlación clínica. Hallazgo incidental de mioma uterino de gran tamaño. No se observan otras alteraciones en las caderas..."

RNM Rodilla derecha, 05/02/2021. Conclusión: "...No se aprecian alteraciones morfológicas en las estructuras de la rodilla derecha. No hay lesión meniscal ni ligamentaria..."

RNM Rodilla izquierda, 05/02/2021. Conclusión: "...No se observó lesión meniscal ni ligamentaria. Líquido intraarticular aumentado en pequeña cantidad. Tenosinovitis del tendón poplíteo. Lesión condral degenerativa leve en el compartimento interno de la articulación femorotibial..."

RNM Hombro izquierdo, 10/02/2021. Conclusión: "...Artrosis acromioclavicular de grado moderado. Osteofitos en esta articulación acromioclavicular causan impresión sobre la unión musculo tendinosa del supraespinoso. Tendinosis del supraespinoso e infraespinoso sin ruptura en el

manguito rotador. Signos de atrofia del músculo redondo menor..."

RNM Hombro derecho, 10/02/2021. Conclusión: "...Tendinosis importante del supraespinoso con hallazgos en su tercio medio sobre la superficie articular que pueden representar cambios previos a ruptura. Artrosis acromioclavicular de grado moderado. Lesiones quísticas en las tuberosidades mayor y menor del húmero..."

Historia clínica, 11/02/2021. Enfermedad actual: "...Paciente de 53.2 años, quien consulta por: Paciente con diagnóstico de miomatosis uterina, quien ha presentado dolor pélvico. Diagnósticos: 1. Miomatosis uterina. 2. Leucorrea a estudio..."

Reumatología, 26/03/2021. Análisis: "...Paciente con diagnóstico de tendinitis de hombro bilateral, hipovitaminosis d, sobrepeso, antecedente de covid-1911/20. Cirugía bariátrica (2008), tiemectomia parcial (t, benigno. 2006). Paciente con cuadro clínico de osteoartritis sintomática, con tenosinovitis del tendón externo del pulgar izquierdo con tpo positivo que direcciona para tiroiditis autoinmune, con función tiroidea normal. Inicia condoptroteccion, aines. se aumenta dosis de vit d. gluc condroitina 1 sb/d, celecoxib 200 mg/día x 10 días. vit d 2000 ui/d. ss ch, vsq, vit d. Pendiente valoración por ortopedia para tendinitis de hombros..."

Expuesto lo anterior, encontrando que el amparo reclamado requiere que los eventos generadores de la incapacidad, es decir, los diagnósticos se presenten con posterioridad a la fecha de expedición del amparo, para el caso particular después del mes de abril 2021, la Delegatura no encuentra acreditada la existencia del siniestro reclamado en las condiciones del seguro.

En esa medida, en el presente caso no se cumplen los presupuestos contenidos en la definición del amparo de Incapacidad Total y Permanente que se requieren para demostrar que la ocurrencia del siniestro se insiste, en los términos del contrato de seguro que es materia de esta acción, y de contera en los términos de lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, al no hallarse demostrado el riesgo objeto del seguro como lo predica el artículo 1072 del mismo estatuto.

Así las cosas, declarará probada la excepción que intituló la aseguradora demandada como "*AUSENCIA DE COBERTURA O NO COBERTURA POR PREEXISTENCIA*", y en consecuencia, no se dará prosperidad de las pretensiones de la demanda respecto de la entidad aseguradora demandada, relevando así a la Delegatura del análisis de otros medios exceptivos propuestos por la misma, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura no condenará en costas por no aparecer ellas causadas en el expediente.

Conforme con lo expuesto, 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 probada la excepción que **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** intituló "*AUSENCIA DE COBERTURA O NO COBERTURA POR PREEXISTENCIA*", de conformidad con lo expuesto en precedencia.

SEGUNDO: NEGAR en consecuencia las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

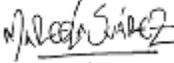
Copia a:

Elaboró:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Revisó y aprobó:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

<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>18 de abril de 2024</u></p> <p> MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario</p>