



	CONCEPTO	DONDE
	Número y fecha de acta del Comité de clasificación	NUM: 5 - 29 de septiembre del 2021
	URL del acta del Comité de clasificación	https://www.pjeveracruz.gob.mx/Sentencias/filesSis/Sentencias/ACTA-5174458871332355_20211004.pdf
	Área	SEGUNDA SALA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA EN EL DISTRITO JUDICIAL DE XALAPA
	Identificación del documento clasificado	TOCA 905/2021
	Modalidad de clasificación	Confidencial
	Partes o secciones clasificadas	Inserta en la última página de la versión pública.
	Fundamento legal	Artículo 6, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 6, de la Constitución Política del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; artículo 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; artículo 72 de la Ley 875 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz; artículo 3 fracciones IX y X, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; artículo 3, fracciones X y XI, de la Ley número 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; Trigésimo Octavo, de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información.
	Fecha de desclasificación	No aplica por tratarse de información confidencial.
	Rúbrica y cargo del servidor público quien clasifica	FLORENCIA CRUZ FERNÁNDEZ MAGISTRADO(A) DEL SEGUNDA SALA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA EN EL DISTRITO JUDICIAL DE XALAPA

PRUEBA DE DAÑO

La fracción I del artículo 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos indica que “toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos”. En ese sentido, el concepto de dato personal se define como cualquier información concerniente a una persona física identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información, como los arriba mencionados

Ahora bien, es menester saber lo que se entiende por información pública, siendo ésta, la que está en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, órganos autónomos, partidos políticos, fideicomisos y fondos públicos, así como cualquier persona física o moral, así como sindicatos que reciban y ejerzan recursos públicos o realicen actos de autoridad en el ámbito federal, estatal y municipal.

Al respecto, el máximo órgano garante de transparencia en el país, ha establecido diversos criterios con relación a protección y que se debe brindar a la información entregada por particulares que contenga datos que se refieran a la vida privada y a los datos personales.

Es por lo anterior, que en virtud que las sentencias, laudos y resoluciones que ponen fin a juicios emitidos por el Poder Judicial del Estado de Veracruz, son el resultado de procesos mediante los cuales los particulares buscan

una solución dentro del marco de la Ley a sus controversias, que son de la más diversa naturaleza, razón por la que los particulares proporcionan a este Sujeto Obligado, diversos datos personales de bienes, patrimonio información sensible etc., que la hacen identificable, información que como ordena el artículo 72 párrafo segundo de la Ley 875 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, solo podrán tener acceso a ella los titulares de la misma, sus representantes y los servidores públicos facultado para ello.

Ahora bien, por las razones expuesta, se advierte que las sentencias, laudos y resoluciones contienen una serie de datos personales relativos de quienes participan en el litigio, que encuadran entre otros ordenamientos legales, en la hipótesis del artículo 3 fracción X de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, que a la letra dice. “Datos personales, cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable expresada en forma numérica, alfanumérica, alfabética, gráfica, fotográfica acústica o en cualquier otro formato. Se considera que una persona es identificable cuando su identidad puede determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información”, por lo que se advierte la necesidad de testar el documento para la elaboración de la versión pública y cumplir con los deberes de seguridad y confidencialidad, en el entendido que para que estos puedan ser difundidos, deberá contarse con la autorización de los titulares, salvo que se trate de alguno de los supuestos establecidos en el artículo 76 de la Ley 875 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Con fundamento en los artículos 60 fracción III, 72 de la propia Ley de Transparencia del Estado de Veracruz, 3 fracción X, 12, 13, 14 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales de los Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

**XALAPA-ENRÍQUEZ, VERACRUZ; TREINTA Y UNO DE
AGOSTO DEL DOS MIL VEINTIUNO. -----**

V I S T O S para resolver los autos del toca número **905/2021**, sobre el recurso de apelación interpuesto por N1-ELIMINADO 1, en su calidad de apoderado legal de N2-ELIMINADO,¹ sociedad anónima de capital variable contra la sentencia que el cuatro de agosto de dos mil veinte, dictó el titular del Juzgado Sexto de Primera Instancia del Distrito Judicial de Veracruz, Veracruz, en el expediente número N3-ELIMINADO Juicio Ordinario Mercantil promovido por N4-ELIMINADO 1, versus la moral ahora apelante, sobre cumplimiento de contrato y otras prestaciones; y, -----

R E S U L T A N D O S:

PRIMERO.- La determinación judicial impugnada concluyó con los puntos resolutivos siguientes: *“PRIMERO.- La parte actora N5-ELIMINADO 1, probó su acción y la empresa N6-ELIMINADO 1 no hizo lo propio con sus defensas y excepciones; en consecuencia.- SEGUNDO.- Se condena a N7-ELIMINADO 1 por conducto de quien legalmente lo represente, al cumplimiento de todas y cada una de las prestaciones reclamadas, por las consideraciones expuestas en el presente fallo consistentes en “A).-El cumplimiento del contrato de seguro del plan denominado Flex Plus celebrado entre el actor y la demandada, mediante póliza número N8-ELIMINADO con una vigencia de Octubre del*

año 2017 a octubre del año 2018, al solicitar el procedimiento de corrección de hernia inguinal inicial, por parte de su esposa del actor de nombre [N9-ELIMINADO 1], beneficiaria de la póliza señalada en líneas anteriores y dicho procedimiento fue negado por parte de la demandada, mediante una carta de improcedencia de fecha 29 de diciembre del año 2017, argumentando que la póliza descrita, no cuenta con la cobertura denominada "PREEXISTENCIA". B).- El pago del gasto de las consultas, eventos médicos, hospitalización, medicamentos, medicina alternativa, y complementarias, médicos y urgencias médicas o emergencia médica, (definiciones señaladas en las condiciones generales de la póliza contratada) que se pueda presentar durante el trámite del presente juicio y hasta su conclusión y que sea derivado del procedimiento de corrección de hernia inguinal, por parte de la esposa del actor, de nombre [N10-ELIMINADO 1] y que la parte demandada se negó a reconocer desde el día 29 de diciembre del año 2017 y por ende, a cumplir con el contrato de seguro del plan denominado "Flex Plus" celebrado entre el actor y la demandada, mediante póliza número [N12-ELIMINADO 1], para lo cual se le concede el término de cinco días contados a partir de que cause ejecutoria la presente sentencia.- TERCERO.- Son a cargo de la parte demandada los gastos y costas del juicio por no haber obtenido sentencia favorable a sus intereses y cuya cuantificación deberá hacerse en ejecución de sentencia.- CUARTO.- Notifíquese personalmente a las partes..."-----

SEGUNDO.- Inconforme [N13-ELIMINADO 1], apoderado legal de [N14-ELIMINADO 1] sociedad anónima de capital variable, con el fallo emitido, interpuso en su contra

recurso de apelación, el cual se tramitó por su secuela procedimental hasta llegar al momento de resolver, lo que ahora se hace bajo los siguientes:-----

CONSIDERANDOS:

I.- Se llama apelación el recurso que se interpone para que el tribunal superior confirme, reforme o revoque las resoluciones del inferior, en términos del artículo 1336 del Código de Comercio.-----

II.- El citado apelante con la representación que se ostenta formuló a título de agravios contra la determinación judicial recurrida, los argumentos consignados en el propio ocurso.-----

III.- Los agravios hechos valer por el recurrente, son, como a continuación se verá, infundados -----

En la especie, el recurrente aduce en su agravio primero, que: *“La sentencia que se combate es completamente incongruente en razón de que viola lo dispuesto por los artículos 75, 78, 1077 y 1327 del Código de Comercio, así como el artículo 222 del Código Civil Federal de Procedimientos Civiles de Aplicación supletoria y 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.--- Conforme al artículo 75 del Código de Comercio el contrato de seguro es un contrato mercantil, por lo tanto, le resulta aplicable el artículo 78 del mismo ordenamiento el cual precisa... Para su interpretación resulta aplicable el artículo 222 del Código Federal de Procedimientos Civiles mismo que señala... Se estima que el A quo interpretó*

incorrectamente el contrato de seguro, lo analizó de forma deficiente y parcial generando así un fallo incongruente que es contrario a lo señalado por los artículos 1077 y 1327 del Código de Comercio.- - -

Argumentos de los cuales es necesario puntualizar que la sola cita de preceptos legales y su transcripción, sin estar acompañados de un razonamiento lógico jurídico resultan improcedentes, pues no se pasa por alto que un agravio se constituye por la manifestación de motivos de inconformidad en forma concreta, sobre las cuestiones debatidas; por agravios deben entenderse los razonamientos relacionados con las circunstancias que en el caso jurídico o específico tiendan a demostrar una violación legal o una interpretación inexacta de la Ley, y si en el presente caso, el propio inconforme únicamente se concretó a realizar una transcripción de los artículos citados en el párrafo anterior, es por lo que este Tribunal de Alzada considera que no es posible abordar el estudio de cada uno de ellos, pues ello solo traería la explicación del contenido de cada uno de los preceptos legales, sin llegar a conclusión alguna respecto a su violación, su aplicación inexacta o su indebida interpretación, pues para ello era necesario que el inconforme los emitiera en términos de lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 1336 del Código de Comercio, es decir, si bien, no

una detallada explicación del porqué considera violentados los numerales citados, si una redacción simple de los errores o de la violación aludida, pero que éstos fueran suficientes para poner de manifiesto cuales son las afectaciones cometidas en la sentencia, por lo tanto, al no haberlo hecho de este modo, esta Sala se encuentra impedida a suplir la deficiencia de los agravios, pues en el presente asunto no resultan afectados derechos de menores o incapaces, como tampoco se trata de algún asunto de orden familiar que nos permita realizarlo, lo anterior tiene sustento con la tesis emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en materia Civil del Cuarto Circuito publicado en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Página 926, Tomo XVIII, Noviembre de 2003, Novena Época, de texto: **“AGRAVIOS EN LA REVISIÓN. NO LOS CONSTITUYEN LA SIMPLE CITA DE PRECEPTOS LEGALES O SU TRANSCRIPCIÓN.** *Las simples manifestaciones hechas por el inconforme aduciendo infracción de preceptos legales y transcribiendo párrafos de ellos, no pueden considerarse motivos de disenso si no expone argumentos concretos para demostrar que en el fallo impugnado se conculcaron los preceptos citados. Además, se debe expresar cuál es la lesión que se causa, así como los motivos que originaron el agravio, a fin de que puedan ser*

examinados...”; de ahí que lo referido por el recurrente no puede ser atendido en los términos pretendidos, pues éstos no logran constituir un agravio que se tenga que atender o reparar.- - - - -

Continúa aduciendo el inconforme en su primer agravio que: *“...Salta a la vista que la asegurada afectada reclama el pago de gastos derivados de una hernia inguinal. El a quo indebidamente señala que el padecimiento reclamado tiene cabida en el citado apartado 3 inciso 3.4 que se refiere a hernia de pared abdominal y hernias de disco. Es obvio que el a quo dictó un fallo incongruente ya que una hernia inguinal no es sinónimo de una hernia de pared abdominal, no son lo mismo. Basta comprender que una hernia abdominal se localiza en el abdomen de una persona mientras que la inguinal se localiza en la ingle, son zonas anatómicas diferentes...”,* lo que es infundado, cuenta habida que después de imponerse esta Sala del ocurso a través del cual N15-ELIMINADO 1 en su carácter apoderado legal de la compañía de seguros denominada N16-ELIMINADO 1 N17-ELIMINADO 1, produjo su contestación (foja 93 a 122), no se observa hiciera valer como defensa, alguna cuestión relativa a la diferencia de hernia abdominal y hernia inguinal, y que esta última no se encontrara contemplada dentro de los supuestos contenidos en la cobertura de la nueva póliza contratada N18-ELIMINADO 1 de la que ahora se reclama su

cumplimiento, lo que en modo alguno puede servir de plataforma, aquí y ahora, para alterar el sentido del fallo combatido, pues con independencia de que equivaldría variar los puntos debatidos, implicaría colocar al demandante en un estado de indefensión, al no permitírsele acreditar, como tampoco ser el momento, aseveraciones ajenas a la contienda, según revela la otrora Tercera Sala del Honorable Órgano Superior de Justicia en la República Mexicana, en la tesis inserta en la página 46, Cuarta Parte, Volúmenes 95 al 102, Séptima Época del Semanario Judicial de la Federación, de guisa: **“DEMANDA, HECHOS NO CONTENIDOS EN LA, NI EN SU CONTESTACIÓN. NO PUEDEN ESTAR SUJETOS A PRUEBA.-** *Las pruebas tienen por objeto demostrar los hechos expuestos en la demanda o en la contestación de la misma, y si éstas no los contienen, falta la materia misma de la prueba; pues malamente podría permitirse que sólo hasta el desahogo de las pruebas ofrecidas fuera el momento procesal en el que se precisaran los hechos; pues ello, independientemente de establecer una variación de la litis, implicaría colocar a la parte demandada en un estado de indefensión, dado que no se le permitiría probar, por no ser la oportunidad procesal, sobre hechos que no fueron materia del debate”.-* - - - - -

Luego, el disconforme señala en su agravio identificado como segundo que: *“...el A quo confunde notablemente el término de RENOVACIÓN, la renovación es volver algo a su primer estado, dejarlo como nuevo, reestablecer algo que*

se había interrumpido, sustituir una cosa vieja por otra nueva de la misma clase, reemplazar algo, para efectos del contrato de seguro la renovación es la continuación de una póliza en los términos y condiciones contratados en un principio, es decir la póliza original se prorroga hasta la última vigencia, cancelación, o terminación de esta, entre otras hipótesis, en el caso particular se tiene que el actor realizó una contratación de póliza N19-ELIMINADO la cual tenía condiciones, coberturas y términos específicos los cuales solo, y solamente incidían sobre dicha póliza, al contrata una NUEVA póliza se sujetó a nuevas condiciones y términos propios de la nueva póliza y los cuales se plasman en el contrato de seguro por conducto de las condiciones generales de este, de tal suerte que el a quo se confundió entre ambos contratos uno no vigente y otro nuevo.--- Como puede leerse, el juzgador en su considerando III, visible a foja 295 analiza que el actor realiza una contratación de póliza con número N20-ELIMINADO en el año 2012, misma que renovó en los años 2013, 2014, 2015 y 2016 y como puede leerse en 2017 contrató la póliza N21-ELIMINADO con vigencia de octubre 2017 a octubre 2018, pese a ello, el Juzgador no logró discernir que se trata de otro contrato, y no como dolosamente lo plantea el actor como un cambio, sino que se trata de un nuevo producto de seguro que mi Representada ofrece como un plan denominado Flex Plus, esto es, por las razones que fueren, el actor decidió adquirir un nuevo contrato cuyas condiciones y coberturas a las que anteriormente el actor había contratado. Se trata, luego entonces, de otro producto. Resulta importante en este punto establecer que el endoso que efectivamente forma parte de la nueva póliza en el que mi Representada reconoce una antigüedad de 6 años y 1 mes a

la parte actora NO ES UNA RENOVACIÓN, sino como específicamente se indica, se trata de un endoso con la finalidad de establecer un derecho de antigüedad cuyo efecto tiene la finalidad de gozar de los derechos de atención médica para enfermedades con periodo de espera, como ocurre en los casos que requieren según las propias condiciones de seguro que el contratante cumpla con dos años de antigüedad, es decir, para disminuir el periodo de espera de la asegurada para el caso de algún Padecimiento. Pero de ninguna manera esa antigüedad eximía de la obligación de la asegurada de hacer de conocimiento a mi Representada de enfermedades preexistentes. Esto es, se trata de dos cosas distintas, a mayor abundamiento y para dejarlo precisado, el objeto de la Litis es un nuevo contrato con un endoso que forma parte del contrato para efecto de establecer un antigüedad a la asegurada a fin de evitarle periodo de espera de dos años que son los que tendría que esperar, pero en este caso el endoso se encuentra limitado a los supuestos descritos en las condiciones generales del nuevo contrato de seguro, en el caso particular la Cláusula VI Punto 3 incisos a) y b) señala de forma clara las limitantes del reconocimiento de antigüedad y en el caso de los padecimientos preexistentes se llegan a cubrir en una póliza nueva cuando dicha cobertura se encuentra contratada atento a lo anterior cito textual lo conducente: 3. Reconocimiento de Antigüedad. Beneficio que se otorga al Asegurado cuando ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores con ésta u otra compañía, siempre y cuando sea reconocido al momento de la contratación de este seguro previa acreditación por parte del Asegurado a la Compañía de la continuidad de cobertura en esta o

en otra compañía. Este beneficio aplica para: a. Antigüedad en

~~N22-ELIMINADO~~ Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a es Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con periodo de espera de la sección III. Cobertura básica de estas condiciones generales, incluyendo: • Ayuda por Maternidad, • VIH o SIDA, Preexistencias en caso de contratación, Excepto Cirugía bariátrica. b. Antigüedad

en ~~N23-ELIMINADO~~ Este beneficio consiste exclusivamente en eliminar o reducir el Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos conforme a estas Condiciones Generales, citados en el inciso b) Gastos cubiertos con periodo de espera de la sección III. Cobertura básica de es s condiciones generales, excepto: Ayuda por Maternidad, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada de la sección IV, Cirugía bariátrica. VIH o SIDA, salvo si tiene contratada la cobertura adicional con costo Continuidad Garantizada de la sección IV, Prexistencias de la sección IV coberturas adicionales con costo.--- De la lectura de lo anterior se puede precisar que el A quo no se impuso de forma correcta ni las condiciones generales del contrato de seguro, ni el endoso, y menos alcanzó a dilucidar la diferencia entre endoso, renovación, reconocimiento de antigüedad, y preexistencia, de tal suerte que mi mandante no tiene obligación legal alguna para realizar pago alguno por un padecimiento preexistente cuando dicha cobertura no fue contratada.”.-----

Inconformidades que son infundadas, pues si bien el juez primario en el fallo impugnado, en el considerando

tercero expresó que: “...Que el veinte de octubre de dos mil once, contrató con la empresa [N24-ELIMINADO 1], un seguro de gastos médicos mayores con el plan denominado “Gastos Médicos Plus”, al que se le asignó la póliza [N25-ELIMINADO 1] con vigencia de octubre de 2011, a octubre de 2012, encontrándose entre los asegurados [N26-ELIMINADO 1] destacando que, en el apartado II, inciso b, punto 4, de las Condiciones Generales, se estableció que se cubren, a partir de 24 meses de cobertura continua en la citada póliza, los gastos derivados de Hernias de pared abdominal, o eventraciones posquirúrgicas, contrato que renovó en octubre de los años 2012, 2013, 2014, 2015, y 2016; significa que, en el año de dos mil diecisiete, realizó un cambio al tipo de plan denominado “Flex Plus”, que se encuentra amparado bajo la póliza [N27-ELIMINADO 1] con vigencia de octubre de 2017, a octubre de 2018, en la cual, dentro del Apartado III, denominado “Cobertura Básica”, inciso b. denominado “Gastos cubiertos con periodo de espera”, numeral 3, denominado “Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses”, de la Condiciones Generales, se establece que se cubren a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente póliza o antigüedad Reconocida del Asegurado afectado, los gastos restantes por accidente, enfermedad o padecimiento de hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protusiones discales; refiere que el veintiocho de noviembre de dos mil diecisiete, y derivado de la póliza número [N28-ELIMINADO 1] expedido el “Endoso que forma parte integral de la póliza No. [N29-ELIMINADO 1] a través de la cual “LA ASEGURADORA”, reconoció la [N30-ELIMINADO 1] de la asegurada [N31-ELIMINADO 1]

N32-ELIMINADO con fecha veinte de septiembre de dos mil once; agrega que, posteriormente en fecha dieciocho de septiembre de dos mil diecisiete, la **N33-ELIMINADO 1** fue atendida por el doctor **N34-ELIMINADO 1**, en el Hospital Español Veracruz...”(foja 295), sin embargo, como se lee, el juez primario únicamente señaló los años del dos mil doce al dos mil dieciséis para aclarar que en el año dos mil diecisiete, el actor realizó un cambio al tipo de plan denominado Flex Plus, al cual se le otorgó un nuevo número de póliza “**N35-ELIMINADO**”, señalando como fecha de vigencia de esta póliza de octubre de dos mil diecisiete a octubre de dos mil dieciocho, del cual reclama el accionante su cumplimiento de acuerdo a su causa de pedir al estar vigente esta nueva póliza pues del escrito originador de demanda en el capítulo de prestaciones el actor, reclamó: A).-El cumplimiento del contrato de seguro del plan denominado “Flex Plus” celebrado entre el suscrito y la demandada, mediante póliza número **N36-ELIMINADO** con una vigencia de Octubre de dos mil diecisiete a octubre del año 2018, al solicitar el procedimiento de corrección de hernia inguinal inicial, por parte de esposa **N37-ELIMINADO 1** beneficiaria de la póliza señalada en líneas anteriores, y dicho procedimiento fue negado por parte de la demandada, mediante una carta de improcedencia de fecha 29 de diciembre de dos mil diecisiete, argumentando que la póliza descrita, no cuenta con la cobertura denominada Preexistencia.”; por lo cual, es claro que el juez

natural únicamente se avocó a resolver los planteamientos que fueron sometidos a su potestad por las partes, en consecuencia el a quo fue claro en su razonamiento al discernir correctamente que la póliza de la cual se reclama su cumplimiento es nueva y que se trata de un nuevo seguro, la cual se contrató en el año dos mil diecisiete a la que le correspondió el número N38-ELIMINADO y únicamente señaló la póliza anterior N39-ELIMINADO la cual estuvo vigente del año dos mil once al dos mil dieciséis, como antecedente para indicar que la aseguradora les reconoció la antigüedad a partir del año que se contrató la primer póliza para reducir los períodos de espera lo que más adelante se verá.-----

Continúa aduciendo el disconforme en sus agravios tres y cuatro, los que dada la íntima relación que guardan entre sí, se analizaran de forma conjunta en los que señala: **Tercer agravio.**-*“El A quo realiza una interpretación ofensiva de lo señalado en la foja 299 vuelta de autos al señalar por una parte que la asegurada se ubica en el supuesto comprendido en el apartado III, denominado cobertura básica, inciso b, denominado gastos cubiertos con periodo de espera, numeral 3, incluso realiza transcripción literal sobre lo siguiente: ““Se cubre a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente póliza o antigüedad reconocida del asegurado afectado, los gastos resultantes por accidentes, enfermedad o padecimientos de: ...3.4.*

Hernias de pared abdominal o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protosiones discales. Estas enfermedades o padecimientos no quedan cubiertos si son preexistentes a la contratación de la póliza, salvo lo especificado en el apartado IV, Coberturas adicionales con costo. Inciso 3. Preexistencia (PRE)...”-

-- Pese a que se debe de entender que al transcribir el texto citado por el A quo en el cuerpo de su sentencia, éste se debió imponer debidamente, sin embargo se advierte que no lo entendió o bien no lo alcanzó a analizar de la forma correcta, si bien están comprendidas las hernias discales dentro de la cobertura amparada y éstas se cubren a partir de los 24 meses de la antigüedad de la póliza o su reconocimiento de la antigüedad, no me os cierto es que el apartado 3.4 de las Condiciones transcritas mismo que versa sobre hernias de pared abdominal entre otras enfermedades o padecimientos señala de forma clara el hecho de que las mismas no quedarán cubiertas si son preexistentes a la contratación de la póliza salvo que exista una contratación de coberturas adicionales con costo denominadas en el específico como preexistencia, del sumario se advierte que si bien existe un reconocimiento de antigüedad para el caso que nos ocupa de nada beneficia a la parte actora pese a lo narrado por el juzgador ya que era obligación de la asegurada haber declarado dicho padecimiento sobre el cual omitió hacer del conocimiento a mi Representada antes de la contratación de la póliza materia del litigio, tampoco notificó de ello durante la vigencia de la póliza anterior, pese a que dicha circunstancia era de su pleno y especial conocimiento. Es decir, era un padecimiento del cual solamente ella tuvo conocimiento al grado de que como lo afirma el actor fue atendida médicamente sobre éste, lo que

significa que sabía de forma cierta sobre la enfermedad o padecimiento, con anterioridad a la contratación de la póliza, lo que significa que primero existió el padecimiento, sabía el actor sobre esto y con posterioridad realizó la contratación de la póliza, esto es que se trata de una enfermedad o padecimiento preexistente, situación que a la simple lógica se puede advertir con meridiana claridad, sin embargo el juzgador no pudo observarlo dada su falta de aplicación al estudio de las constancias procesales, elemento que al ser concatenados con la omisión de contratar la cobertura adicional de preexistencia, implica su justo rechazo.--- Dejando en evidencia el incumplimiento de la parte actora sobre dos puntos: a) era sabedora del padecimiento que presentaba y pese a esto no informó en ningún momento a mi Representada, sino después de la contratación de la póliza, y b) por la razón que fuera, el asegurado decidió no contratar la cobertura adicional de preexistencia. Sobre los puntos señalados con anterioridad mi Representada no puede tener injerencia alguna, ya que ella es sabedora única y exclusivamente de los padecimientos y enfermedades que le son notificadas durante la vigencia de sus pólizas, siendo imposible conocer el estado de salud de cada uno de sus asegurados, ya que se sabe únicamente lo que estos transmiten a mi mandante, y por otra parte mi Representada no puede obligar a ningún asegurado a contratar coberturas adicionales, lo anterior es así y contrario a lo que señala el Juez relator, visible a página 300 vuelta donde cita textual: ““así las cosas, la ASEGURADORA no puede eludir el cumplimiento de la Obligación demandada...puesto que pierde de vista que del hecho probado de que el actor contrató con la misma empresa, la póliza de seguro de gastos médicos mayores

individual/familiar con el tipo de plan Flex Plus, que bajo el plan denominado Gastos Médicos Plus, tenía contratado bajo póliza N40-ELIM, vigente desde octubre de 2011, con independencia de que haya migrado de plan, tal circunstancia garantiza que la ASEGURADORA conozca los padecimientos o riesgos de la asegurada, generados durante la vigencia y que le fueron informados, pues con estos datos crea un expediente que le permite evaluar el estado de salud de sus asegurados, y por ende, las condiciones de aseguramiento; de ahí que la empresa aseguradora no requiere de mayor información de quien pretenda renovar con ella un servicio de seguro.”--- Posteriormente al texto transcrito el Juez de origen cita una tesis jurisprudencial bajo el rubro CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. SI ÉSTE SE RENUEVA CON LA MISMA ASEGURADORA Y LOS ASEGURADOS NO LE INFORMAN NUEVAMENTE DE LOS PADECIMIENTOS QUE SURGIERON DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZAS ANTERIORES, NO INCURREN EN RESPONSABILIDAD, NI JUSTIFICA QUE LA ASEGURADORA DEJE DE ASUMIR LAS OBLIGACIONES QUE DERIVAN DE LOS NUEVOS PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUÉLLOS.--- De lo señalado con antelación por el Juzgador y la tesis aislada se logra desprender de forma clara la ausencia de razonamiento y motivación de éste en el dictado de la sentencia en perjuicio de mi mandante, ya que le bastó citar una tesis aislada para continuar con su confusión y evitó darse cuenta de que la póliza materia de juicio no es una renovación sino que se trata de una póliza nueva la cual se rige por sus propias y específicas condiciones, e insisto, mi Representada sabe únicamente lo que le fue declarado como

Padecimiento o enfermedad, sobre lo que no le fue declarado evidentemente ni lo sabe ni le consta y por ende no puede emitir opinión sobre. Y en el caso particular, contrario a las opiniones y afirmaciones subjetivas del juzgador, mi Representada no recibió noticia alguna sobre el padecimiento que se reclama en juicio dejando en evidencia que como consta en el material probatorio ofertado por la misma actora sabía que tenía dicho padecimiento y aun así decidió ser omisa en el momento de la contratación, y pese a ser de su pleno conocimiento decidió guardar silencio sobre el mismo. Siendo falso lo que el A quo puntualizó en el cuerpo de su sentencia en el sentido de que mi mandante tiene un expediente de sus asegurados para evaluar el estado de salud de los mismos, y por ende las condiciones de su aseguramiento, apreciándose que al realizar esta afirmación el A quo indica expresamente “de ahí que la empresa aseguradora no requiere de mayor información de quien pretenda renovar con ella un servicio de seguro.” De esta última afirmación puede apreciarse que el juzgador indica el verbo renovar cuando de las constancias procesales se precisa que nunca existió renovación de póliza, sino que se trata de un contrato nuevo con condiciones nuevas, con obligaciones de ambas partes por lo que considerar lo contrario como lo hace el juzgador aunado a sus consideraciones subjetivas como que mi mandante sabía de los padecimientos relevando de la carga probatoria y del principio del que el que afirma está obligado a probar, a la parte actora, emitiendo en consecuencia una sentencia carente de congruencia y exhaustividad principios legales que obligan al juzgador a decidir la controversia planteada, así como las demás pretensiones deducidas, oportunamente en el pleito, resolviendo sobre todos y

cada uno de los puntos litigiosos materia del debate; y al tomar en cuenta de forma parcial dichos puntos el A quo violenta lo señalado por el artículo 17 Constitucional en perjuicio de mi mandantes al emitir una sentencia carente de dichos principios, siendo aplicables lo siguientes criterios que cito para su aplicación al caso concreto.-

Cuarto agravio.-“Referente al estudio que realiza el A quo en relación a las excepciones y defensas opuestas por esta parte demandada se constriñe a hacer afirmaciones y subjetivas y retóricas carentes de sustento legal alguno, al precisar en la excepción de riesgo excluido que el padecimiento de hernia abdominal en términos del apartado III de la condiciones generales del contrato de seguro se encuentra incluido sin que sea necesaria la contratación de una cobertura adicional dado el reconocimiento de antigüedad, soslayando el hecho que el reconocimiento de antigüedad única y exclusivamente se aplica en caso específicos y que de tratarse del padecimiento materia del juicio si éste es preexistente se requiere contratación de dicha cobertura, insistiendo que en el presente caso no aconteció, por tratarse de una enfermedad preexistente y en razón de que no se trata de una renovación de póliza, máxime que es una obligación del asegurado dar aviso del siniestro a mi mandante, sobre lo cual no se dio noticia alguna sino hasta después de la contratación de la póliza, he ahí donde se revela la mala fe del actor.--- El relator formula apreciaciones carentes de lógica jurídica ya que la excepción prevista por el artículo 59 de la ley sobre el contrato de seguro, es procedente toda vez de que la empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato

excluya de una manera precisa determinados acontecimientos, bajo dicha hipótesis es evidente que mi Representada se obligó a aquello que fue plasmado en el contrato de seguro en términos de los plasmado en el cuerpo de la póliza y las condiciones Generales del Contrato de Seguro de forma específica las que aplicaban y estaban vigentes en la contratación que en el particular se identifican bajo el registro N41-ELIMINADO 101 y en las mencionadas condiciones se expresa con calidad que es la Preexistencia, y la exclusión expresa de esta cuando no es contratada como cobertura adicional con costo, de modo tal que el reconocimiento de antigüedad que realizó mi mandante en nada beneficia al actor, sin embargo, sobre lo anterior la responsable omite imponerse correctamente emitiendo un criterio aberrante condenándola a lo injusto.--Al entrar al estudio de la excepción de Falsas o Inexactas declaraciones por parte del actor el juez erra en su criterio ya que señala “... que por traerse (sic) de una póliza de seguro que cambió de plan de gastos médicos plus al plan Flex plus contratadas con la misma empresa desde el 20 de noviembre de 2011 la ahora demanda (sic) no puede alegar el desconocimiento de las condiciones físicas de salud de la asegurada...” con ese vago razonar desestima la excepción planteada olvidando que una póliza se afecta por cada riesgo que se materializa y por ende cada reporte contiene sus propias declaraciones y a mi representada únicamente le consta lo que le fue reportado, es decir, mi mandante no conoce el estado de salud pleno de sus asegurados, amén de lo anterior, el A quo no aborda de forma frontal la excepción planteada, ni fundamenta y motiva el porqué de su determinación.” .

Inconformidades, que devienen infundadas, pues el juez natural, al resolver la controversia de origen y estimar que: *“...Ahora bien, acreditado el evento y una vez impuesto de las Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores “Flex Plus”, exhibidos por los contendientes, a criterio del suscrito juzgador, **la negativa de la empresa demandada de cumplir con el contrato de seguro base de la acción, como lo refiere el actor, resulta injustificada, toda vez que acuerdo a la antigüedad reconocida a la asegurada, lo demostró con el endoso que forma parte integral de la póliza*** N42-ELI de noviembre de 2011 *de noviembre de dos mil diecisiete, expedido por la “ASEGURADORA” a favor del actor y con el nombre de “LA ASEGURADA”, en la que reconoció una antigüedad para la póliza referida con fecha veinte de septiembre de dos mil once, “LA ASEGURADA” se ubica en el supuesto de excepción previsto en el apartado III, denominado “Cobertura Básica”, inciso b, denominado gastos cubiertos con periodo de espera”, numeral 3, denominado “Queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses, último párrafo del contenido literal siguiente: “Se cubren a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente póliza o Antigüedad reconocida del asegurado afectado, los gastos resultantes por Accidente, Enfermedad o Padecimiento de: ...3.4 Hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protosiones discales. Estas enfermedades o Padecimientos no quedarán cubiertos si son preexistentes a la contratación de la póliza, salvo lo especificado en el apartado IV. Coberturas adicionales con costo inciso 3. Preexistencia (PRE).-IV. Coberturas adicionales con costo. “...3. Preexistencias (PRE). Mediante la contratación y el pago de la prima de esta cobertura, la Compañía cubrirá los gastos por Padecimientos Preexistentes en los términos de esta Condiciones Generales, aplicando los siguientes limites y condiciones establecidas: .-b) Preexistencia no declarada: Después de 5 (cinco) años de cobertura continua en la presente Póliza y con esta*

cobertura contratada en esta compañía, quedan cubiertos los gastos por Padecimientos Preexistentes amparables en esta cobertura que no haya sido declarados por el Asegurado en la solicitud de este contrato. Estos gastos se cubrirán, siempre y cuando durante dicho periodo no se hayan presentado síntomas y/o signos, ni recibir tratamiento, ni haya erogado gastos para la atención del mismo. Una vez transcurridos los periodos de espera señalados en los párrafos anteriores, El asegurado podrá solicitar la aplicación de esta cobertura..---**Se podrá reconocer la Antigüedad individual para reducción de periodo de espera de esta cobertura siempre y cuando el Asegurado haya tenido contratado esta cobertura de manera ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con esta Compañía.**---Disposición que se extrae de las Condiciones Generales. Gastos Médicos Mayores. Flex Plus, consultable a fojas cientos cuarenta y seis a la doscientos once del sumario, aportada por la "ASEGURADORA", y que prueba en contra de su oferente, para sostener **que si bien es cierto, de acuerdo a las referidas Condiciones Generales, en particular, el apartado IV, denominado Coberturas Adicionales con Costo, se requiere la contratación de la cobertura "Preexistencia (PRE) para cubrir los gastos por padecimientos preexistentes, y se encuentre precisada de forma clara y sin lugar a dudas en el apartado de coberturas adicionales con costo de la póliza base de la acción, no debe perderse de vista que, para el caso que nos ocupa, opuestamente como en vía de defensa lo hacer valer la "ASEGURADORA" resulta innecesario demostrar y revertir la carga probatoria a la parte actora para demostrar la contratación de la cobertura de "preexistencia (PRE), toda vez que como ha quedado de manifiesto, la cobertura básica a que se refiere el apartado III, de las Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Flex Plus, vigente I momento del evento denunciado, que ampara la póliza N44-ELI tiene la cobertura e incluye el pago o los gastos por padecimiento o enfermedad de**

“hernias de pared abdominal” o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protusiones discales, a partir de veinticuatro meses de cobertura o antigüedad reconocida de la “ASEGURADA”...--
-Entonces, si como lo demostró la parte actora, con el Endoso Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, **la “ASEGURADORA” reconoció el veintiocho de noviembre de dos mil diecisiete, a la “ASEGURADA”, una antigüedad “N45-ELIMINADO” en la póliza N46-ELIMINADO P01 “20-09-2011”, derivada de ese reconocimiento de antigüedad, puede válidamente considerarse que la “ASEGURADORA”, se encuentra obligada a cumplir el pago de los gastos derivados por el padecimiento reportado por la “ASEGURADORA”, cuya existencia ha demostrado en actuaciones...--De lo contrario, no tendría razón de ser el reconocimiento de antigüedad de la “ASEGURADA”, pues precisamente este reconocimiento, tiene por finalidad eliminar o reducir el tiempo de espera , para tener derecho al pago de gastos que cubre la cobertura básica de la póliza N47-ELIMINADO de seguro de gastos médicos mayores en el plan “Flex Plus”, sin que sea obstáculo a lo anterior, lo previsto en la cláusula VI, punto 3, inciso a), pues se reitera, la cobertura básica contratada incluye el cumplimiento de la obligación reclamada a la empresa aseguradora.-Así las cosas, la “ASEGURADORA” no puede eludir el cumplimiento de la obligación demandada bajo el argumento de que el padecimiento de la “ASEGURADA” es preexistente a la contratación de la póliza base de la acción, que falseo información al hacer omisiones e inexactas declaraciones en el llenado del cuestionario de solicitud de contratación de la póliza de seguro básico de la acción, es decir, que omitió señalar en ésta, los padecimientos y enfermedades preexistentes de la “ASEGURADA”, puesto que **pierde de vista que, del hecho probado de que el actor contrato con la misma empresa, la póliza de seguros de gastos médicos mayores individual/familiar con el tipo de plan Flex Plus, que bajo el plan denominado “Gastos Médicos Plus”, tenía contratado bajo la póliza N48-ELIMINADO vigente desde octubre de dos mil****

*once, con independencia de que haya migrado de plan, tal circunstancia garantiza que la “ASEGURADORA” conozca los padecimientos o riesgos de la asegurada, generados durante su vigencia y que le fueron informados, pues con esos datos, crea un expediente que le permite evaluar el estado de salud de sus asegurados y, por ende, las condiciones de aseguramiento, de ahí, que la empresa aseguradora no requiere de mayor información por parte de quien pretende renovar con ella el servicio del seguro de gastos médicos mediante una nueva póliza, pues ya conoce el estado de salud de sus asegurados respecto de los padecimientos que derivaron en un siniestro, durante el tiempo que les ha otorgado ese tipo de pólizas, por lo que, sabe los riesgos de aseguramiento. Criterio que encuentra apoyo en la tesis aislada de rubro y contenido siguiente: “CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. SI ÉSTE SE RENUEVA CON LA MISMA ASEGURADORA Y LOS ASEGURADOS NO LE INFORMAN NUEVAMENTE DE LOS PADECIMIENTOS QUE SURGIERON DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZAS ANTERIORES, NO INCURREN EN RESPONSABILIDAD, NI JUSTIFICA QUE LA ASEGURADORA DEJE DE ASUMIR LAS OBLIGACIONES QUE DERIVAN DE LOS NUEVOS PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON AQUÉLLOS.”.---Por esas razones **no beneficia a los intereses de la empresa demandada la confesión del actor que extrae de la afirmación del hecho número ocho de la demanda inicial**, en el sentido de que la “ASEGURADA” presento molestias a finales del dos mil diecisiete, **además de no ser prueba idónea para la preexistencia del padecimiento que dio lugar al siniestro, como pudo ser el expediente clínico de la “ASEGURADA”**, pues aun cuando le fue recibido como prueba la documental privada relativa al informe médico que glosa a fojas doscientos treinta y seis y doscientos treinta y siete del sumario, prueba en su contra para justificar la constitución del riesgo cuyo pago se*

reclama..."(lo resaltado es propio)(fojas 299 a 302 vuelta)
fue correcto, y esa decisión sustancial en modo alguno
fue combatida por el ahora recurrente como así se
constata de la detenida e integral lectura de los motivos de
disenso sometidos a la potestad de este tribunal de
alzada, se pone de relieve que ninguno de ellos se dirigió
a combatir directa e inmediatamente las consideraciones
torales que sustenta el sentido del propio fallo, porque el
juzgador del conocimiento para resolver en la forma como
hizo, fue patente en el hecho de que el actor contrato en
octubre de dos mil once, con la aseguradora [N49-ELIMINADO 1
[N50-ELIMINADO 1] la póliza
de gastos médicos mayores individual/familiar con el tipo
de plan Flex Plus denominado "gastos médicos plus" con
el número de póliza "[N51-ELIMINADO 1] misma que fue renovando
hasta el año dos mil dieciséis terminando su vigencia en el
año dos mil diecisiete, por lo que a partir de ese año
cambio su plan con la misma empresa pero ahora bajo la
denominación "Flex Plus" otorgándosele el número de
póliza "[N52-ELIMINADO 1]", motivo por el cual, al haber contratado
un nuevo plan con la misma empresa, la aseguradora
[N53-ELIMINADO 1] le reconoció la antigüedad a la asegurada
desde el veinte de septiembre de dos mil once, para la
presente póliza "[N54-ELIMINADO 1]", mediante la documental

privada consistente en: “Endoso que forma parte integral de la póliza No. N55-ELIMINADO 1 de veintiocho de noviembre de dos mil diecisiete, expedido por N56-ELIMINADO 1 a favor del actor” (foja 14), quedando establecido en dicho documento, que el reconocimiento de la antigüedad sirve exclusivamente para la eliminación o reducción de los periodos de espera establecidos en la Cláusula de gastos cubiertos con periodo de espera de las condiciones generales de la referida póliza, y en las condiciones generales gastos médicos mayores “Flex plus” el arábigo tres señala: “queda amparado a partir de 24 (veinticuatro) meses.-Se cubren a partir de 24 meses de cobertura continua en la presente póliza o Antigüedad Reconocida del Asegurado afectado, los gastos resultantes por Accidente, Enfermedad o Padecimiento de:...3.4.-Hernias de pared abdominal, o eventraciones postquirúrgicas, y hernias de disco o protusiones discales.-Estas enfermedades o padecimientos no quedarán cubiertos si son preexistentes a la contratación de la póliza, salvo lo especificado en el apartado IV.Coberturas adicionales con costo inciso 3.Preexistencias (PRE).”(Foja 41), por lo que al haberse reconocido la antigüedad a la asegurada, al haber contratado con la misma empresa de seguros, la nueva póliza de gastos médicos mayores individual/familiar eso garantiza que la aseguradora conozca de los padecimientos o riesgos de la asegurada generados durante toda su vigencia y que le fueron informados, pues con esos datos crea un expediente que le permite evaluar

el estado de salud de sus asegurados, y no beneficia a los intereses de la empresa demandada la confesión del actor que extrae de la información del hecho número ocho de la demanda inicial, en el sentido que la asegurada presento molestias a finales de dos mil diecisiete, además de no ser prueba idónea para la preexistencia del padecimiento que dio lugar al siniestro, como pudo ser el expediente clínico de la asegurada, como de manera correcta lo considero el juez primigenio, pues el ahora inconforme estaba obligado a demostrar con prueba idónea, que la asegurada tenia pleno conocimiento antes de contratar la actual póliza que estaba alojada en su cuerpo la hernia inguinal que le fue extirpada y que ya tuviera conocimiento de la misma, antes de contratar la actual póliza N57-ELIMINADO, lo que en modo alguno aconteció, pues contrario a lo aducido por el disconforme respecto que: *“...era obligación de la asegurada haber declarado dicho padecimiento sobre el cual omitió hacer del conocimiento de mi representada antes de la contratación de la póliza materia del litigio, tampoco notifiqué de ello durante la vigencia de la póliza anterior. Es decir era un padecimiento del cual solo ella tuvo conocimiento al grado de que como lo afirma el actor fue atendida medicamente sobre este.---por lo que es una enfermedad preexistente.---Y en el caso particular, contrario a las opiniones y afirmaciones subjetivas del juzgador, mi representada no recibió noticia alguna sobre el padecimiento que se reclama en juicio dejando en evidencia que como consta en el material probatorio ofertado por la misma actora sabía que tenía dicho padecimiento y aun así decidió*

ser omisa en el momento de la contratación, siendo falso que mi mandante tiene un expediente de sus asegurados para evaluar el estado de salud de los mismos...” , si bien es cierto del escrito originador de demanda, en el capítulo de pruebas constan las documentales privadas consistentes en: “...el escrito libre firmado por el suscrito a través del cual solicito la reconsideración del dictamen calificado como improcedente para el procedimiento de corrección inguinal, solicitado para la C. [N58-ELIMINADO 1] [N59-ELIMINADO 1]” (Foja 21) y documental privada consistente en: “El informe médico con nombre del paciente [N60-ELIMINADO 1], de fecha 18 de diciembre de 2017 signado por el medico [N61-ELIMINADO 1]” (Foja 17 y 18) , de su contenido se advierte de la primera de ellas, que el mismo se encuentra únicamente signado por el actor y no así por la asegurada quien es la persona que contaba con dicho padecimiento y era la persona indicada para señalar la fecha que empezó a sentir la molestia ocasionada por la hernia, aunado al hecho de que dicha documental se encuentra exhibida en copia simple; y por cuanto hace a la documental privada consistente en el informe médico emitido por el medico [N62-ELIMINADO 1] de data dieciocho de diciembre de dos mil diecisiete, en el cual viene informando a la [N63-ELIMINADO 1] que la asegurada acude a valoración por cirugía gastrointestinal iniciada hace cuatro meses con dolor en región inguinal derecha, verdad

lo es que también se encuentra ofrecida como probanza por el propio actor la documental pública consistente en

:"Constancia médica expedida por el [N64-ELIMINADO 1] de fecha 1 de junio del año 2018, a favor de la C. [N65-ELIMINADO 1]

[N66-ELIMINADO 1] (Foja 86) y en su contenido el galeno

indicó que "Por medio de la presente hago constar que la Sra. [N67-ELIMINADO 1]

[N68-ELIMINADO 1], acudió a consulta de Cirugía gastrointestinal por primera vez el día 18 de diciembre de 2017 por presentar síntomas inespecíficos de una semana de evolución, caracterizados por molestia leve en región inguinal derecha ...**cabe señalar que la evolución del padecimiento diagnosticado fue progresiva y la paciente no tenía conocimiento previo del diagnóstico hasta la fecha de consulta, ya que este fue confirmado clínicamente y por estudios de imagenología hasta ese momento.**" (lo resaltado es

propio), de lo que se colige, que el formato de [N69-ELIMINADO 1]

seguros de data dieciocho de diciembre de dos mil

diecisiete, llenado por el doctor [N70-ELIMINADO 1]

[N71-ELIMINADO 1] para programar la cirugía inguinal y la constancia

emitida por el mismo médico, el uno de junio de dos mil

dieciocho, son contradictorios, pues en el primero de ellos

indicó que el padecimiento por parte de la asegurada

inicio hace cuatro meses de la emisión del informe

(dieciocho de agosto de dos mil diecisiete), y en la

constancia médica señaló que la paciente (asegurada), no

tenía conocimiento previo del padecimiento hasta la fecha

de consulta (dieciocho de diciembre de dos mil diecisiete);

en esa tesitura, al existir contradicción por parte del galeno N72-ELIMINADO 1 al señalar la fecha que surgió y tuvo conocimiento la asegurada, que tenía una hernia inguinal, que después sería operada, es patente que como acertadamente lo señaló el a quo, no existe prueba idónea para acreditar la preexistencia anterior a la contratación de la póliza de la cual se reclama su cumplimiento, esto, no se encuentra justificado que la paciente tuviera conocimiento que se encontraba con dolor inguinal antes de la contratación del seguro médico de gastos mayores "Flex plus", y que dicho dolor después desencadenaría en una operación de una hernia inguinal, puesto que al existir contradicción entre los constancias medicas emitidas por el mismo galeno, lo concerniente era que se realizara un peritaje para poder determinar mediante un especialista médico, si la hernia inguinal que tenía la asegurada, se encontraba alojada en su cuerpo, antes de haber contratado la nueva póliza "N73-ELIMINADO 10" o posteriormente, de la cual se reclamó su cumplimiento, y para ello era del todo necesario se recibiera también la prueba pericial, porque el peritaje es una actividad humana de carácter procesal, que se encuentra desarrollada por encargo judicial por personas distintas de las partes del proceso, especialmente calificadas por

su experiencia o conocimientos técnicos, artísticos o científicos y mediante la cual se suministran al juez de argumentos y razones para la formación de su convencimiento respecto de ciertos hechos, cuya percepción o entendimiento escapa a las aptitudes del común de la gente y requieren esa capacidad particular para su adecuada percepción y la correcta verificación de apreciación e interpretación; de ahí que la pericial cumple una doble función, que es, por una parte, verificar hechos que requieren conocimientos técnicos, artísticos o científicos que escapan a la cultura común del juez y de la gente, sus causas y sus efectos y por otra, suministrar reglas técnicas o científicas de la experiencia especializada de los peritos, para formar la convicción del juez sobre tales hechos y para ilustrarlo con el fin de que los entienda mejor y pueda apreciarlos correctamente; de ahí que, atendiendo a las cargas procesales que impone el numeral 1194 del Código de Comercio, la aseguradora tenía la obligación de justificar con prueba idónea, que al contratar la póliza base de la acción número “N74-ELIMINADO 101”, la asegurada [N75-ELIMINADO 1], haya efectuado falsas o inexactas declaraciones respecto del padecimiento que originó el siniestro que hoy se reclama, máxime que, como se ha precisado, era necesario que la

parte demandada demostrara que la asegurada tenía pleno conocimiento del padecimiento, lo cual no aconteció. Avala lo anteriormente expuesto el siguiente criterio Jurisprudencial, emitido por la Primera Sala del más alto Tribunal, pagina 2655, libro IV, Enero de 2012, Tomo III, Decima Época de epígrafe y contenido:

“SEGUROS. SI AL CONTESTAR LA RECLAMACIÓN DE PAGO O DURANTE UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO, LA ASEGURADORA NO EXPONE TODAS LAS RAZONES POR LAS QUE NIEGA LA PRETENSIÓN DEL ASEGURADO, NO SE VE LIMITADO SU DERECHO DE DEFENSA EN EL JUICIO, NI EXIME DE LA CARGA DE LA PRUEBA A ESTE ÚLTIMO; PERO SÍ LE IMPONE LA CARGA DE DESVIRTUAR LA PRESUNCIÓN A FAVOR DEL ASEGURADO SOBRE CUESTIONES QUE NO SE ENCUENTREN CLARAMENTE ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA.

Conforme al artículo [36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros](#), la aseguradora debe asesorar de buena fe, en forma clara y precisa a sus clientes, acorde con las sanas prácticas comerciales, por lo que cuando recibe una reclamación de pago, tiene la obligación de informar de manera clara y precisa si procede o no el pago de la suma asegurada, aduciendo las razones correspondientes y haciendo referencia específica al alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitaciones, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad aplicable, así como a la obligación que tiene el cliente de

presentar determinada información y los requisitos que la misma deba cumplir en los términos de la póliza y las condiciones generales del seguro. Sin embargo, ese deber de información no debe llevarse al extremo de limitar el derecho de defensa de la aseguradora en el juicio en caso de que haya omitido alguna cuestión, ya que ello, además de ocasionar un desequilibrio procesal, le privaría del respeto a su garantía de audiencia contenida en el artículo 14 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Lo anterior tampoco puede llevarse al extremo contrario, esto es, que la falta de información por la aseguradora antes de iniciado el juicio tenga por efecto dejar en indefensión al asegurado. Por tanto, para estos efectos cabe atender al citado artículo 36, fracción IV, del que se advierte que dichos términos, condiciones y limitaciones de la cobertura contratada deben ser claros y precisos "en la póliza", al igual que los derechos y obligaciones de las partes. **En ese tenor, al asegurado, contratante o beneficiario de la póliza sólo le corresponde probar que se actualizó el siniestro amparado por ésta en los términos ahí establecidos -lo cual incluye las condiciones generales del seguro-, por lo que cualquier interpretación, apreciación o detalle que no se derive claramente de la póliza no es carga de la prueba del asegurado o beneficiario, sino de la aseguradora, en el entendido de que queda a la valoración del juez determinar si las pruebas presentadas por el asegurado o beneficiario cumplen razonablemente con lo establecido en la póliza, o si se trata de requisitos excesivos que son innecesarios para acreditar la actualización de los siniestros y sus características, como pueden ser los requisitos que deben satisfacer los comprobantes de pago o las características de forma de la documentación emitida por terceros y que, por tanto, son subsanables y no deben trascender al fondo de la controversia.**", de ahí que lo manifestado por el disidente respecto de que "a) era sabedora del padecimiento que presentaba y pese a esto no informo en

ningún momento a mi representada, sino después de la contratación de la póliza, y b) por la razón que fuera, el asegurado decidió no contratar la cobertura adicional de preexistencia...y por otra parte mi representada no puede obligar a ningún asegurado a contratar coberturas adicionales...”

,también sea infundado, pues, como que según se ha dicho ya, la asegurada no informó del padecimiento al contratar la póliza basal “N76-ELIMINADO” en octubre de dos mil diecisiete, puesto que no tenía indicios de tener el mismo antes de su contratación, sino hasta fecha posterior de su contratación esto es una semana antes del dieciocho de diciembre de dos mil diecisiete, tan es así que no contrato la cobertura adicional, ante el desconocimiento de este hecho. -----

De ahí, que sea inexacto lo manifestado por el inconforme, respecto a la falta de congruencia y exhaustividad en la sentencia, pues la sentencia impugnada de ninguna manera se considera falto de ello, pues de la lectura integral de la misma se constata que el a quo, lo hizo de forma clara, precisa y congruente con la demanda y la contestación, pues de los autos se desprende que el actor “N77-ELIMINADO 1” reclamó de “N78-ELIMINADO” Sociedad Anónima de Capital Variable, el cumplimiento del contrato de seguro denominado plan Flex Plus con número de póliza “N79-ELIMINADO” así como el pago de gastos de las consultas, eventos médicos, hospitalización,

medicamentos, medicina alternativa y complementarias, médicos y urgencias médicas o emergencia médica... y los gastos y costas del juicio; prestaciones que fueron debidamente resueltas por el juez de origen, pues, incluso se advierte que condenó a la parte demandada a la prestación principal, consistente en “*el cumplimiento del contrato de seguro*”, así como a su consecuencia directa, que lo fue “*el pago de gastos de las consultas, eventos médicos, hospitalización, medicamentos, medicina alternativa y complementarias, médicos y urgencias médicas o emergencia médica...*” ; razones por las cuales se afirma que el juez de origen decidió todos los puntos litigiosos que fueron objeto del debate, dando resolución a cada uno de ellos; aunado a lo anterior, se desprende que el juzgador de primera instancia, fundó la sentencia emitida en lo dispuesto por los artículos 1061, 1083, 1084, 1090, 1104, 1194, 1205, 1238, 1296, 1298, 1241, 1305, 1306, 1325, 1326, 1327, 1378 del Código de Comercio así como los numerales 1º, 19, 20, 59, 66, 67, 68, 69, 70 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, externó las razones por las cuales resolvió en la forma en que lo hizo, pues, incluso, para ello, citó criterio jurisprudencial en el cual apoyó ésta; relacionando los hechos demandados, con aquellos derivados de la contestación a la demanda, valorando el material probatorio ofrecido por las partes; consiguientemente, no podría estimarse ilegal la

determinación judicial que se impugna por ausencia de fundamentación y motivación, ni por falta de exhaustividad y congruencia, menos aún ser violatoria del artículo 17 de la Constitución, avala lo anterior, la Jurisprudencia emitida por el Segundo Tribunal Colegiado del Quinto Circuito y publicado en la página cuarenta y nueve, número. 54, Junio de 1992, de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación de rubro y contenido: “**FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN.** *De acuerdo con el artículo 16 de la Constitución Federal, todo acto de autoridad debe estar adecuada y suficientemente fundado y motivado, entendiéndose por lo primero que ha de expresar con precisión el precepto legal aplicable al caso y, por lo segundo, que también deben señalarse, con precisión, las circunstancias especiales, razones particulares o causas inmediatas que se hayan tenido en consideración para la emisión del acto; siendo necesario, además, que exista adecuación entre los motivos aducidos y las normas aplicables, es decir, que en el caso concreto se configuren las hipótesis normativas...*”.- - - - -

Por otro lado el recurrente manifiesta en su quinto agravio argumenta el disidente que: “*El juzgador viola en perjuicio de mi mandante la valoración de las pruebas consistentes en la póliza y las condiciones Generales del Contrato de Seguro de*

forma específica las que aplicaban y estaban vigentes en la contratación que en el particular se identifican bajo el registro N80-ELIMINADO 101, en relación al informe médico expedido por el Dr. N81-ELIMINADO 1 lo anterior es así dado que en el informe médico del Dr. N82-ELIMINADO 1 señala que la paciente N83-ELIMINADO 1 presenta Hernia Inguinal derecha desde el mes de septiembre de 2017, esto significa que el padecimiento motivo de juicio surgió o fue diagnosticado en esa temporalidad, por ende fue enterado el actor de ello en ese mismo tiempo, elemento de prueba que al concatenarse con la póliza y sus condiciones deberían arribar necesariamente a la conclusión de que la cobertura de Preexistencia no fue motivo de contratación, que las condiciones aplicables cubren dicho padecimiento siempre y cuando no se trate de un padecimiento o enfermedad preexistente, y que si existe preexistencia en relación del evento de contratación de la póliza en virtud de que el actor sabía con un mes mínimo de anticipación previo a la contratación de la póliza sobre la condición clínica de su esposa, es decir, no se trató de un padecimiento imprevisto, sino de uno del cual tenía pleno conocimiento y pese a ello omitió señalarlo en su solicitud de contratación dicha condición médica, sin embargo el juzgador aparado (sic) por el errado criterio de que el reconocimiento de antigüedad implica la procedencia de todo padecimiento declarado, preexistente o no condena a mi mandante, soslayando el hecho de que el reconocimiento de antigüedad se encuentra limitado a padecimientos concretos y plasmados en las condiciones del contrato de seguro, así mismo se plasman excluyentes como es la hernia abdominal en los casos como es la

preexistencia, como es el caso que nos ocupa, señalando que este será procedente en los casos que se contrate de forma adicional con costo dicha cobertura lo cual no sucedió, como se advierte de la caratula de la póliza de seguro, por ende no puede ni debe de condenarse a mi mandante sobre aquello a lo que no se contrató". -

Lo que es infundado, pues se itera, aun y cuando , consta el informe médico expedido por el Doctor N84-ELIMINADO N85-ELIMINADO 1, de data dieciocho de diciembre de dos mil diecisiete, en el que señala que la paciente N86-ELIMINADO N87-ELIMINADO 1, presentó hernia inguinal derecha desde el mes de septiembre de dos mil diecisiete, verdad lo es que, como ya quedó asentado en esta ejecutoria, también consta en actuaciones judiciales la constancia médica expedida por el mismo galeno, el cual señala que la asegurada N88-ELIMINADO 1 N89-ELIMINADO 1 no tenía conocimiento previo del diagnóstico hasta la fecha de consulta, ya que este fue confirmado clínicamente, por estudios de imagenología hasta ese momento, al presentar síntomas de una semana de evolución, del dieciocho de diciembre de dos mil diecisiete, por lo que al ser contradictorio el contenido de ambas documentales emitidas por el mismo doctor, en esa tesitura la obligación de justificar que el asegurado tenía conocimiento que se encontraba arrojada en su

cuerpo una hernia inguinal, era por parte de la compañía aseguradora, tal como lo establece la carga procesal del artículo 1194 del Código de Comercio, lo cual no aconteció en el presente caso, pues contrario a ello, en modo alguno la N90-ELIMINADO 1 ofreció prueba idónea para justificar su dicho como lo es el dictamen pericial emitido por un especialista y el expediente clínico de la asegurada para que el juez primario estuviera en condición de determinar si existía preexistencia del padecimiento antes de contratar la nueva póliza “N91-ELIMINADO 1” siendo a la accionada a quien le correspondía la carga de la prueba empero al no haberlo hecho así debe sufrir las consecuencias de su conducta procesal, cuanto más que, el propio demandado ofreció para acreditar este hecho la prueba testimonial a cargo del N92-ELIMINADO 1, quien fue el especialista que atendió a la asegurada y emitió las constancias, contradictorias entre si mismas, probanza que se desistió en la audiencia cebrada y prevista por el artículo 1385 y 1201 del Código de Comercio, así mismo dentro de esta audiencia por cuanto hace a las documentales privadas ofrecidas por el accionado, consistentes en el expediente y la historia clínica de N93-ELIMINADO 1 el cual obra en los

archivos del N94-ELIMINADO 1 se declararon desiertas estas probanzas por falta de interés jurídico, y si bien el oferente, interpuso recursos de apelación preventiva contra ese auto, reservándose el derecho de expresar agravios, sin embargo esta esta Segunda Sala con fundamento en el numeral 1344 segundo párrafo del Código de Comercio Reformado, proveyó dentro del toca de apelación el tres de agosto de dos mil veintiuno, no admitir las mismas, toda vez que el inconforme no expreso agravios, por lo que, es claro que, ante la pasividad procesal por parte del ahora apelante, inexistió prueba idónea, para justificar que la asegurada tenía conocimiento de la preexistencia de la hernia inguinal antes de contratar la nueva póliza. Considera lo expuesto, la tesis aislada del Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXXI, Abril de 2010, Novena Época, página 2715, de epígrafe y contenido: **“CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE ACREDITAR MEDIANTE PRUEBA IDÓNEA QUE EL ASEGURADO TENÍA PLENO CONOCIMIENTO DE QUE PADECÍA UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y QUE OMITIÓ DECLARARLO AL LLENAR EL**

CUESTIONARIO RESPECTIVO. *Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos en el momento de la celebración del contrato de seguro por parte del asegurado, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro; sin embargo tratándose de lo relativo a la información que se solicita dentro de los cuestionarios respectivos en cuanto a las enfermedades preexistentes del asegurado, debe tomarse en cuenta por un lado que es imputable a la aseguradora el hecho de que no realice las preguntas conducentes que la lleven a revelar que el asegurado tiene conocimiento de algún padecimiento y por otra parte **en términos del artículo 1194 del Código de Comercio le corresponde acreditar la excepción consistente en que el asegurado tenía conocimiento del padecimiento y que omitió manifestarlo**, sin que baste para acreditar tal conocimiento, que en el certificado médico que previamente se elabora para la expedición del certificado de defunción, se establezca como causas o antecedentes del fallecimiento del asegurado, que entre el inicio de la enfermedad y la muerte haya existido un intervalo de tiempo que sea anterior a la fecha en que el asegurado llenó el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, pues esa información y la que consta en el certificado de defunción en todo caso sólo acreditan la muerte y las causas del fallecimiento, pero no que el asegurado hubiera tenido conocimiento de ese padecimiento al momento de contratar, pues para ello se estima como prueba idónea el expediente clínico del mismo en el que conste algún*

estudio que se le hubiera practicado o algún tratamiento que haya llevado por virtud de esa enfermedad, por lo que al no demostrarse ese conocimiento pleno de la enfermedad, tampoco se acredita que hubiera omitido esa información al llenar el cuestionario correspondiente.” . - - - - -

En otro aspecto, el disconforme refiere en su disenso sexto que: *“Se viola en perjuicio de mi representada el principio consistente en certeza y precisión de la sentencia en virtud de que en su resolutive segundo inciso b) condena a prestaciones que aunque si bien es cierto han sido prestaciones que el actor reclama en su demanda, lo cierto es que carecen de sustento legal en virtud de que el actor carece de derecho de exigir sendas prestaciones a mi mandante, ya que aunado a que resulta improcedente la prestación principal, es aberrante que se condene a prestaciones que tampoco han sido contratadas como la medicina alternativa y complementaria, gastos médicos de urgencia o emergencia médica en virtud de que en su segundo resolutive segundo inciso b) condena a prestaciones aunque si bien es cierto han sido prestaciones que el actor reclama en su demanda.-Luego continua siendo también una aberración que conceda término al actor para la presentación de estos gastos, lo que implica que el A quo se está excediendo al conocer además la posibilidad del actor de agregar gastos que si bien no se encuentran contemplados en el contrato celebrado entre las partes, amén de que resultan improcedentes, corresponderían a documentales que se supone ya eran del conocimiento del actor al momento de la interposición de la demanda. Esto es así, ya que el juzgador omite dar certeza y seguridad sobre lo que condena (con independencia a que la misma*

es improcedente) puesto que el juzgador emite una sentencia sin bases legales para la supuesta condena al expresar únicamente que mi mandante debe cumplir con el contrato de seguro, sin que haya analizado que lo reclamado en prestaciones por el actor no corresponde a lo contratado en la póliza en mención, por lo que el Juez A quo al emitir la condena deja en evidencia su falta de imposición al contrato de seguro. El juzgador se extralimita y ocasiona grave perjuicio a mi mandante al dar la posibilidad de cabida de gastos inciertos y futuros, aunado a que adolece de claridad este resolutivo pues debió ser preciso el juzgador fundando y motivando uno a uno los gastos de esta prestación que reclama el actor en el inciso b) de prestaciones, pues no basta que hayan sido reclamadas por el actor, sino que tenga ese derecho, lo que en el caso no acontece.”; lo que deviene infundado, pues contrario a ello, en la condiciones generales de la póliza de gastos médicos mayores Flex Plus “N95-ELIMINADO” de su contenido se advierte en el punto cuarenta y siete que: “47.-Urgencia médica o emergencia médica.-Alteración repentina de la salud del asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por tanto, propician que el asegurado requiera atención inmediata.” (Foja 34) y del romano III denominado cobertura básica, se encuentra el punto 14 que señala: 14.-Medicina alternativa.-Bajo ese concepto se cubren únicamente los gastos por tratamientos de acupuntura para clínica del dolor, así como los honorarios de homeópatas y quiroprácticos que cuenten con cedula profesional y que sean

*recomendados por el médico tratante.” (Foja 39), por lo que atendiendo a la causa de pedir del accionante al reclamar en la prestación marcada con el inciso b).-“El pago de gastos de las consultas, eventos médicos, hospitalización, medicamentos, medicina alternativa y complementarias, médicos y urgencias médica o emergencia médica (**definiciones señaladas en las condiciones generales de la póliza contratada**)...”, el a quo fue correcto al condenar a esta prestación, pues como ya se dijo, en las condiciones generales de la póliza Flex Plus “N96-ELIMINACIÓN” ~~NO~~ se encuentra contemplada dentro de esta cobertura el pago de medicina alternativa y complementaria, gastos de urgencia o emergencia médica entre otros supuestos; y por cuanto hace a lo referente señalado respecto que : “...Luego continúa Siendo también una aberración que conceda término al actor para la presentación de estos gastos, lo que implica que el A quo se está excediendo al conocer además la posibilidad del actor de agregar gastos que si bien no se encuentran contemplados en el contrato celebrado entre las partes, amén de que resultan improcedentes, corresponderían a documentales que se supone ya eran del conocimiento del actor al momento de la interposición de la demanda...”; es infundado, pues al quedar demostrados los hechos constitutivos de la acción principal y accesoria deducida, con ello la obligación de la parte aquí directamente apelante de responder por los gastos generados por la parte actora*

por el incumplimiento del contrato de seguro del plan denominado plan "Flex Plus", conforme al numeral 1330 del Código de Comercio, es dable reservar esos tópicos para la sección de ejecución de la sentencia. Avala lo expuesto, la tesis de la Tercera Sala del máximo órgano judicial del País, difundida en la página treinta y tres, Volumen 139-144, Cuarta parte, de la Séptima Época del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, de epígrafe y contenido: **DAÑOS, CONDENAS GENÉRICAS AL PAGO DE LOS, Y FIJACIÓN LÍQUIDA EN LA FASE DE EJECUCIÓN.** *El artículo 1330 del Código de Comercio, dispone: "Cuando hubiere condena de frutos, intereses, daños o perjuicios, se fijará su importe en cantidad líquida o sea establecerán por lo menos las bases con arreglo a las cuales debe hacerse la liquidación, cuando no sean el objeto principal del juicio". Como este precepto no prohíbe que, en el caso en que habiéndose probado el derecho del actor a ser indemnizado por los daños probados en el juicio natural, y que sin embargo, no sea posible fijar su importe o las bases con arreglo a las cuales deba hacerse su liquidación, se proceda entonces a la condena genérica a reserva de fijar su importancia económica en la ejecución de sentencia, es claro que por ello y por un evidente principio de equidad, debe fijarse tal condena genérica; máxime que el artículo 655, fracción II, del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Tamaulipas, aplicable supletoriamente en materia mercantil, de conformidad con lo que dispone el artículo 1051 del Código de Comercio, establece:*

"Si la resolución cuya ejecución se pide no contiene cantidad líquida para llevar adelante la ejecución, debe previamente liquidarse conforme a las siguientes prevenciones... II. Cuando la resolución condene al pago de daños y perjuicios, sin fijar su importe en cantidad líquida, se hayan establecido o no en aquélla las bases para la liquidación, el que haya obtenido a su favor la resolución presentará, con la solicitud, relación de los daños y perjuicios y de su importe. De esta regulación, se correrá traslado al que haya sido condenado, observándose lo prevenido en la fracción anterior"; norma que autoriza, como se ve, que el importe en cantidad líquida de la condena al pago de daños y perjuicios, pueda fijarse en la fase de ejecución de la sentencia."; es decir, como acertadamente lo ordenó el a quo, puede fijarse el monto de la indemnización después de dictado el fallo condenatorio, con base en los mecanismos procesales contenidos en el Código de Comercio en consulta para la ejecución de sentencia, al ser un contrasentido que habiéndose demostrado la existencia de los pagos de gastos, no se condene a sus consecuencias y, también se denegaría justicia al actor por absolver al responsable de cubrir el monto correspondiente, por el sólo hecho de no acreditarse durante el juicio la suma exacta que se reclamaron por tales conceptos, pese a que el artículo 17 de la invocada Constitución Federal ordena que la justicia debe ser completa y privilegiarse lo sustantivo. - - - - -

Del mismo modo el disidente en el quebranto séptimo expresa: *“En razón de que en el proceso no existió mala fe o mal litigio entre los contendientes el juzgador tenía la obligación de absolver a mi mandante de los gastos y costas y pese a que la propia legislación mercantil así lo prevé determina condenar en un exceso de las atribuciones otorgadas por el estado.”*. - - - - -

Lo que de igual forma es infundado, pues el a quo al justipreciar las probanzas ofrecidas por las partes y resolver de acuerdo a los planteamientos sometidos a su potestad y determinar que la parte actora probó su acción y la empresa N97-ELIMINADA Sociedad Anónima de Capital Variable, no hizo lo propio con sus excepciones y defensas en consecuencia, en el resolutive tercero indicó que: *“Son a cargo de la parte demandada los gastos y costas del juicio por no haber obtenido sentencia favorable a sus intereses y cuya cuantificación deberá hacerse en ejecución de sentencia.”*, decisión que es correcta, máxime que el artículo 1084 dispone: *“La condenación en costas se hará cuando así lo prevenga la ley, ó cuando a juicio del juez se haya procedido con temeridad o mala fe.-Siempre serán condenados:---III.-El que fuese condenado en juicio ejecutivo **y el que lo intente si no obtiene sentencia favorable**. En este caso la condenación se hará en la primera instancia, observándose en la segunda lo dispuesto en la fracción siguiente...”*(lo resaltado es propio), consecuentemente al no haber obtenido sentencia

favorable el demandado al no haber justificados sus excepciones de acuerdo al numeral 1194 del Código de Comercio, lo procedente es condenar al pago de gastos y costas. Sirve de sustento la siguiente tesis de la otrora Tercera Sala del máximo tribunal del País, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo CXII, página 1856, de rubro y texto: “**COSTAS EN LOS JUICIOS EJECUTIVOS MERCANTILES.** *Conforme al artículo 1084, fracción III, del Código de Comercio, la condenación en costas se hará cuando así lo prevenga la ley, o cuando a juicio del Juez, se haya procedido con temeridad o mala fe, y siempre será condenado en costas quien fuese condenado en juicio ejecutivo y el que lo intente si no obtiene sentencia favorable. Ahora bien, si el quejoso intentó un juicio ejecutivo en el que la sentencia de segunda instancia, que nulificó la de primera, le fue desfavorable, es incuestionable que la condenación en costas era procedente para todo el juicio.*” - - - - -

Por último, aduce el inconforme en su octavo y último disenso manifiesta: “*El último agravio que se hace valer es el de la caducidad, lo anterior es así de conformidad a lo señalado por el numeral 1076 del Código de Comercio en vigor existe caducidad dado que los autos fueron turnados para dictar sentencia el 7 de julio del año 2019 según se aprecia en foja 291 de autos y la sentencia que se reclama fue dictada el 4 de agosto del año 2020, para efectos del cómputo de la caducidad se debe tomar en cuenta que mediante circular 06 se determinó la suspensión de actividades*

el día 17 de marzo de 2020 por ende se deben computar los días hábiles transcurridos del día 7 de julio de 2019 al 17 de marzo de 2020, teniendo que en dicho lapso de tiempo transcurrieron más de 150 ciento cincuenta días hábiles, periodo en el cual ninguna de las partes realizó gestión alguna para reiterar la solicitud de dictado de sentencia, si bien existe auto de fecha 7 de noviembre de 2019 en el cual se señaló que se dictó sentencia no menos cierto es que mediante proveído de fecha 13 del mismo mes y año se señaló que se trataba de un error luego entonces dichas actuaciones no constituyen de forma alguna elementos tendientes a interrumpir el dictado de la sentencia, ya que como se señaló en autos fue a consecuencia de un error, de tal suerte que la caducidad no se actualiza como consecuencia de la omisión del juzgador, sino como consecuencia de la omisión de las partes de seguir impulsando el procedimiento, ya que la carga de impulsarlo corresponde precisamente a las partes sin que dicha carga se torne excesiva, por el contrario se trata de una carga mínima que se satisface con la simple solicitud o su reiteración al Juez para que cite a las partes para oír sentencia; luego entonces al actualizarse la figura de la caducidad el A quo tenía la obligación de actuar en consecuencia en términos de lo señalado por el numeral 1076 del Código de la Materia y Fuero, dispositivo que es de análisis oficioso, esto es que es de carácter impositivo al juzgador, al no realizarlo de esta forma violentó principios generales del derecho consagrados en los artículos 14 y 16 Constitucionales, sirve de apoyo a lo señalado las siguientes jurisprudencias de carácter obligatorio en el sentido señalado en este agravio, así como la obligación de la Sala de decretar la caducidad en segunda instancia por ser una figura

procesal insisto de carácter oficioso.---razones por las que se deberá de revocar la sentencia recurrida y dictar una apegada a derecho."- - - - -

Motivo de disenso que resulta infundado, pues en asuntos de materia mercantil la caducidad de la instancia opera desde el primer acuerdo dictado en el juicio, hasta en tanto el juez no cite a las partes para oír sentencia, porque impedir el dictado de una sentencia que resuelva de manera definitiva las pretensiones de las partes, se estaría en contra del principio de seguridad jurídica y tutela judicial efectiva, ante la obligación del juez de impartir justicia. Tiene aplicación al caso el siguiente criterio jurisprudencial emitido por la Primera Sala del más alto Tribunal, consultable en la página 208, Tomo I, libro 61, Decima Época, de epígrafe y contenido: **CADUCIDAD DE LA INSTANCIA EN MATERIA MERCANTIL. EL QUE PUEDA OPERAR AUN CUANDO LO ÚNICO PENDIENTE EN EL JUICIO SEA LA CITACIÓN PARA OÍR SENTENCIA, NO VULNERA EL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA Y ES ACORDE AL PRINCIPIO PRO PERSONA.** *La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la jurisprudencia 1a./J. 141/2007, estableció que la caducidad de la instancia en materia mercantil opera desde el primer acuerdo dictado en el juicio, hasta en tanto el juez no cite a las partes para oír sentencia, por tanto, el que la caducidad opere*

en términos del artículo 1076 del Código de Comercio, vigente hasta el 25 de enero de 2017, aun cuando lo único que quede pendiente en el juicio sea la citación para oír sentencia, no vulnera el derecho de acceso a la justicia ni el principio pro persona, pues la caducidad de la instancia opera como garantía al propio derecho aludido en su vertiente de justicia pronta y expedita, y si bien su actualización en este supuesto entraña una especial tensión frente a la vertiente de justicia completa, al impedir el dictado de una sentencia que resuelva de manera definitiva las pretensiones de las partes, aun cuando lo único pendiente es un acto que constituye una obligación del Juez y no una carga procesal de las partes, lo cierto es que dicha tensión guarda una correcta proporcionalidad entre ambos principios, pues en este supuesto la caducidad no se actualiza como consecuencia de la omisión del juzgador, sino como consecuencia de la omisión de las partes de seguir impulsando el procedimiento con independencia del incumplimiento del órgano jurisdiccional, sin que dicha carga se torne excesiva o demasiado gravosa en perjuicio del gobernado, toda vez que: i) se trata de una carga mínima que se satisface con la simple solicitud o su reiteración al Juez para que cite a las partes para oír sentencia; ii) su justificación radica en el interés preponderante de las partes para que el juicio concluya; iii) dicha exigencia se fundamenta en un equilibrio ante la situación del Juez cuya obligación de impartir justicia se desdobra sobre una pluralidad de asuntos, frente al interés particular que tienen las partes, el cual se enfoca en un solo asunto, el suyo; y, iv) las partes tienen un plazo de ciento veinte días para desahogar dicha carga procesal. . - - - - -

Cuanto más que, si bien es cierto mediante proveído de siete de junio de dos mil diecinueve, se turnó el expediente con el juez natural para resolver, también lo es que existe un acuerdo posterior emitido el trece de noviembre de dos mil diecinueve, en el que se proveyó “*vistos los autos del juicio ordinario mercantil número N98-ELIMINADO con que da cuenta la secretaria así como la lista de acuerdos publicada el día siete de junio de dos mil diecinueve, de cuyo análisis se observa que bajo el número ochenta y uno, se publicó el presente asunto como “sentencia personal”, lo cual constituye un error, ello en virtud de que tal publicación no estriba en una sentencia, **consecuentemente se deja insubsistente la publicación realizada y tórnese de nueva cuenta las actuaciones para resolver...**” (lo resaltado es propio) (foja 293), y como se lee, al dejarse insubsistente el auto de siete de junio de dos mil diecisiete y emitirse uno nuevo por medio del cual se turnó nuevamente a la vista del juzgador el expediente para que este resolviera los planteamientos sometidos a su potestad, auto que en modo alguno fue combatido quedando firme, por lo que, del trece de noviembre de dos mil diecisiete, (fecha que se turnó a resolver de nuevo) al diecisiete de marzo de dos veinte, día que se determinó la suspensión de actividades de todos los órganos jurisdiccionales mediante circular número seis emitida por la Secretaria de Acuerdos del*

Consejo de la Judicatura del Poder Judicial del Estado de Veracruz, ante la emergencia sanitaria de COVID-19, únicamente transcurrieron setenta y seis días hábiles de inactividad procesal, contrario a lo aducido por el inconforme respecto que: *“...dado que los autos fueron turnados para dictar sentencia el día 7 de julio del año dos mil diecinueve según se aprecia en foja 291 de autos y la sentencia que se reclama fue dictada el 4 de agosto del año 2020, para efectos del cómputo de la caducidad se debe tomar en cuenta que mediante circular 06 se determinó la suspensión de actividades el día 17 de marzo de 2020, por ende se deben computar los días inhábiles transcurridos del día 7 de julio de 2019 al 17 de marzo de 2020, teniendo que dicho lapso del tiempo transcurrieron más de 150 días hábiles...”*, de lo que se colige que si únicamente transcurrieron setenta y seis días de inactividad procesal el a quo, en modo alguno podía aplicar la caducidad de la instancia contenida dentro del numeral 1076 del Código de Comercio, el cual como requisito para su procedencia señala: *“...a) Que hayan transcurrido 120 días contados a partir del día siguiente a aquel en que surtió efectos la notificación de la última resolución judicial dictada...”*, por lo que al haber transcurrido setenta y seis días de inactividad procesal es inaplicable al caso este precepto, por lo que en modo alguno se violaron los principios generales contenidos en los artículos 14 y 16 Constitucionales.- - - - -

En esas consideraciones, al ser infundados los agravios expresados por el disconforme, se **confirma** la sentencia combatida. -----

IV.- Con fundamento en el artículo 1084, fracción IV del Código de Comercio, son a cargo de la parte apelante el pago de gastos y costas en esta instancia, previa regulación.-----

Por lo expuesto y fundado se **RESUELVE:** -----

PRIMERO.- Se **confirma** la sentencia recurrida.-----

SEGUNDO.- Son a cargo de la parte recurrente el pago de los gastos y costas en esta instancia, previa regulación.-----

TERCERO.- Notifíquese DE MANERA PERSONAL A QUIEN TENGA DOMICILIO SEÑALADO EN ESTA INSTANCIA, con testimonio de la presente resolución vuelvan los autos al lugar de origen, recábese el acuse de recibo correspondiente y archívese el toca como un asunto total y definitivamente concluido. -----

A S Í, por unanimidad de votos los resolvieron y firmaron los ciudadanos Magistrados que integran la Segunda Sala del Honorable Tribunal Superior de Justicia del Estado, licenciados Jorge Espinosa Castillo, Américo Amadeo Fabbri Carrano y **FLORENCIA CRUZ FERNÁNDEZ** a cuyo cargo estuvo la ponencia, ante

la licenciada María Victoria Carballo Carrasco, Secretaria de Acuerdos de este órgano colegiado, quien autoriza y firma. - DOY FE.- -----

RMC/RFC

En _____ **de agosto de dos mil veintiuno**, siendo las doce horas con cincuenta y cinco minutos, publico este negocio en la lista de acuerdos, bajo el número ____ para notificar a las partes la resolución anterior, surtiendo sus efectos legales la notificación, el próximo día hábil. - DOY FE.- -----

FUNDAMENTO LEGAL

- 1.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 2.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 3.- ELIMINADA la información correspondiente a una persona relacionada con un procedimiento civil, por ser un dato sobre procedimientos administrativos y/o jurisdiccionales de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 4.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 5.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 6.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 7.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 8.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 9.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 10.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 11.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 12.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 13.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 14.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 15.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 16.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 17.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 18.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3

FUNDAMENTO LEGAL

Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

19.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

20.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

21.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

22.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

23.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

24.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

25.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

26.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

27.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

28.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

29.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

30.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

31.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

32.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

33.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

34.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

35.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

FUNDAMENTO LEGAL

- 36.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 37.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 38.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 39.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 40.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 41.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 42.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 43.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 44.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 45.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 46.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 47.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 48.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 49.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 50.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 51.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 52.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.
- 53.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

FUNDAMENTO LEGAL

54.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

55.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

56.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

57.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

58.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

59.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

60.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

61.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

62.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

63.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

64.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

65.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

66.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

67.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

68.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

69.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

70.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

71.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3

FUNDAMENTO LEGAL

Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

72.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

73.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

74.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

75.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

76.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

77.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

78.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

79.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

80.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

81.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

82.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

83.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

84.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

85.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

86.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

87.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

88.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

FUNDAMENTO LEGAL

89.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

90.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

91.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

92.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

93.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

94.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

95.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

96.- ELIMINADA el número de OCR, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

97.- ELIMINADO el nombre completo, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

98.- ELIMINADA la información correspondiente a una persona relacionada con un procedimiento mercantil, por ser un dato sobre procedimientos administrativos y/o jurisdiccionales de conformidad Artículos, 72 de la Ley 875 LTAIPEV; 3 Fracción X, 12, 13, 14 de la Ley 316 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo Fracciones I y II, de los LGCDIEVP.

*"LTAIPEV: Ley 875 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; PDPPSOEV: Ley 316 de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; LGCDIEVP: Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas."