

## C.A. de Santiago.

Santiago, trece de enero de dos mil veintitrés.

### **Visto y teniendo presente:**

**Primero:** Que con fecha 21 de julio pasado, compareció la Isapre Cruz Blanca S.A. quien en conformidad a lo prescrito por el artículo 113 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en adelante “DFL 1/2005”, dedujo recurso de reclamación en contra de la Resolución Exenta SS/N° 801, dictada por el Superintendente de Salud que rechazó su recurso jerárquico, manteniendo, en definitiva, la Circular impugnada por su parte, la que estima ilegal. Solicita se acoja su recurso, y en definitiva, ordenar su anulación, dejando sin efecto la Circular IF/N° 390.

En cuanto a los hechos explica que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud con fecha 31 de agosto de 2021, dictó la **Circular IF/N° 390** mediante la cual se *“INSTRUYE SOBRE LA COBERTURA PARA LAS PRESTACIONES QUE INDICA, OTORGADAS A MENORES DE 6 AÑOS.”*. Esta Circular declara como objetivo: *“Aclarar y precisar para el Sistema Privado de Salud Previsional el alcance de la eliminación de los límites financieros a la cobertura que deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios menores de 6 años respecto de las prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, detalladas en las Normas Técnicas del Arancel de Fonasa en Modalidad Libre Elección.”*

En contra de esta circular, la Isapre dedujo recurso de reposición para ante el señor Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, con recurso jerárquico, en subsidio, para ante el Superintendente de Salud, a fin de que se dejara sin efecto la misma. Luego, mediante Resolución Exenta IF/N°57 de fecha 28 de enero de 2022 de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud se rechazó el recurso de reposición. Por su parte, el

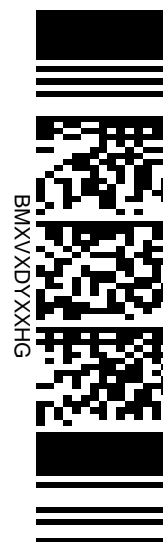


señor Superintendente de Salud, don Víctor Torres Jeldes, resolvió el recurso jerárquico rechazándolo mediante la Resolución impugnada por esta vía.

En lo pertinente, la norma impugnada dispone que: *“Las isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud sin topes de montos máximos anuales por beneficiario a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años respecto de aquellos códigos del Arancel Fonasa en Modalidad Libre Elección a los que se les haya eximido de límite financiero por las normas antes señaladas y en las modalidades de atención que allí se establezca”.*

Así, atendido que el artículo 190 del DFL N° 1 de 2005, establece para el Sistema Privado de Salud Previsional que las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la Ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud, concluye que existiendo una eliminación específica de los límites financieros por parte del Arancel de Fonasa en Modalidad de Libre Elección y sus normas complementarias, corresponde fijar sus efectos para las isapres.

Alega que la circular IF/N° 390 es ilegal por falta de razonabilidad y motivación, dado que los fundamentos de la Superintendencia de Salud no son efectivos, la norma así impuesta es ilegal por falta de razonabilidad, puesto que no explicita el motivo por el cual pretende obligar a la Isapre a establecer valores superiores por sobre el mínimo legalmente dispuesto, para las prestaciones objeto de la Circular. Detalla que el artículo 190 del DFL N° 1 citado por la reclamada, contiene dos normas, o “pisos mínimos” referidos a los límites respecto de las prestaciones que otorgan las Isapres. La primera es aquella que dispone que *“No podrá estipularse un plan complementario en el que se pacten beneficios para alguna prestación específica por un valor*



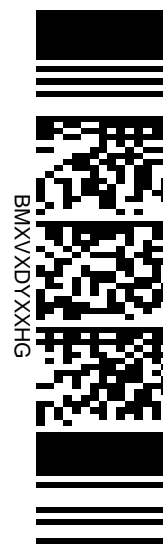
*inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente". La segunda corresponde a la citada por la reclamada (las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección).*

De modo que la bonificación que otorgan las isapres no resulta ser inferior a la cobertura financiera que asegura el Fondo Nacional de Salud, en la modalidad libre elección, pues la cobertura de las Isapres, aunque operen los topes, es siempre, como mínimo, equivalente a dicha cobertura financiera otorgada por FONASA

En efecto, la norma Técnico Administrativa del FONASA disponía que el límite de financiamiento de este grupo de riesgo operaba: a) únicamente en el tratamiento de patologías agudas, o crónicas con carácter de curativas o de rehabilitación, y b) disponiendo límites de sesiones o un número de prestaciones según se trate de Kinesiología o de Terapia Ocupacional. Luego, si la patología no era aguda o crónica, la prestación quedaba excluida de cobertura; y si la patología era aguda o crónica, el límite estaba determinado por el número de atenciones. Luego, las prestaciones posteriores carecían de cobertura por parte del FONASA.

La situación anterior, no sucede en caso alguno en los planes de salud de la Isapres, pues los límites financieros nunca pueden estar expresados por número de atenciones, sino que en montos de UF, en pesos o número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la isapre, caso en el cual opera automáticamente la cobertura mínima legal. Es decir, a diferencia del beneficiario del FONASA, un beneficiario de la Isapre nunca deja de tener cobertura.

Ninguna modificación a las normas Técnico Administrativas del Arancel Fonasa, puede modificar los contratos de la Isapre, pues tales normas Técnico Administrativas nunca se aplicaron a los contratos de las Isapres; y

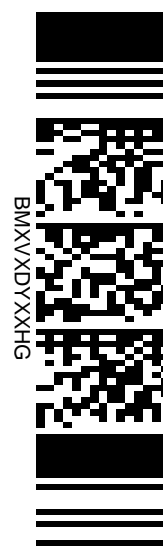


los “límites anuales tan exigüos” que visualiza el señor Superintendente son siempre coberturas que no descienden del doble piso mínimo, legalmente dispuesto, para la prestación o prestaciones de que se trate, en un porcentaje no inferior al 25% de la cobertura definida para esa misma prestación o prestaciones en el plan general correspondiente o con la cobertura financiera que asegura Fonasa en la modalidad Libre Elección, la que sea mayor; lo que en ningún caso es inferior a la cobertura que otorga el Fonasa a las mismas prestaciones.

**Segundo:** Que al evacuar su informe, la reclamada solicitó el rechazo del reclamo, con costas. Hace presente que la recurrente ha sido la única aseguradora del sistema que, hasta la fecha, ha interpuesto un recurso de ilegalidad en contra de la aludida normativa. Las restantes Isapres, por el contrario, reconociendo que existen códigos del Arancel Fonasa en Modalidad Libre Elección a los cuales se les ha eximido de límite financiero, optaron por dar cumplimiento a la Circular, informado a sus cotizantes sobre esta cobertura sin topes de máximos anuales para las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años, a contar del 30 de junio de 2022.

No obstante, mediante el recurso de reclamación de autos, Isapre Cruz Blanca S.A., solicita anular la Circular, dejando sin efecto esta mejora en la cobertura respecto de todos los beneficiarios del sistema de isapres, la cual se encuentra en ejecución desde el 30 de junio de 2022, aduciendo vicios de legalidad que no se han cometido, conforme se acreditará.

En cuanto a los fundamentos de la circular reclamada, a diferencia de lo argumentado sucintamente por la recurrente, expresa que la normativa dictada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de esa Superintendencia, no carece de razonabilidad, ni motivación, ni le obligó a establecer valores superiores al mínimo legalmente dispuesto. En efecto, la



norma impugnada se limitó a interpretar administrativamente los efectos que significaban, para estas entidades fiscalizadas, la eliminación de los límites financieros respecto de este grupo de beneficiarios menores de 6 años, en lo que dice relación con un listado específico de prestaciones, concluyendo que no podían mantenerse los topes máximos anuales respecto de estos beneficiarios, con el objeto de favorecer la continuidad de sus atenciones, tal como había ocurrido con el Arancel Modalidad de Libre Elección del Fonasa, a solicitud de su Director.

Hace presente que, los planes complementarios de Isapres, contemplan, en su generalidad, topes de bonificación por prestación y topes máximos anuales por beneficiario.

Precisa que en el caso que nos convoca, la Superintendencia no alteró de forma alguna los topes de bonificación que cada Isapre ha definido para las prestaciones aludidas, por ejemplo: *"80% con tope de 3,5 veces el arancel de la Isapre para la consulta de Fonoaudiología"*, simplemente, se limitó a instruir - con ocasión de la dictación de la Resolución Exenta N°589, de agosto de 2021 - que deberán otorgar la cobertura pactada, pero *"sin topes de montos máximos anuales por beneficiario"* que, a diferencia de lo afirmado por la recurrente, efectivamente, se trata de montos exiguos que, raramente, superan las 3 o 4 UF de cobertura por año calendario.

Dichos topes constituyen limitaciones a la continuidad de los tratamientos que ya no existen respecto de los beneficiarios del Fonasa que se atiendan en modalidad de Libre Elección y, por lo mismo, no pueden imponerse a los beneficiarios de isapres, ya que dicha Modalidad es el piso mínimo que deben cumplir las aseguradoras.

De esta manera, esta Entidad no ha vulnerado la facultad legal de la Isapre de fijar montos máximos de cobertura a que se refiere el artículo 189 letra f) del DFL N° 1/2005 de Salud, ya que la propia norma invocada por la Isapre reconoce que los contratos de salud deberán comprender, como



mínimo: *"f) Montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, montos máximos establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, siempre con la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190"*.

Así las cosas, concluye que no existe controversia en cuanto a la eliminación, por parte del Fonasa, de los límites financieros que el Arancel Fonasa en Modalidad de Libre Elección contempla respecto de un grupo de prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años, beneficiando la cobertura que el sistema público otorga a dicho grupo etario, a fin de contribuir a la continuidad de sus tratamientos; habiéndose eliminado los límites financieros por parte del Fonasa para los beneficiarios individualizados, la instrucción impartida por esa Superintendencia se limitó a ser un espejo para garantizar el piso mismo que debe existir entre ambos sistemas.

Por lo tanto, en su concepto, no existe ilegalidad en la interpretación efectuada por esa institución a la mejora de cobertura otorgada por el Fondo, ya que tal facultad emana del artículo 110 N°2 del DFL N°1/2005 de Salud, haciendo efectiva la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190 de dicho cuerpo normativo.

Agrega que, atendido que la materia regulada involucra temas de acceso a prestaciones de salud respecto de niñas y niños menores de 6 años, se deben tener a la vista, además de las potestades legales de esa Superintendencia, los deberes que el Estado ha asumido en materias de Niñez, atendidos los tratados internacionales sobre derechos humanos suscritos y el deber de no repetición impuesto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso de la menor Martina Vera Rojas.

Finalmente, la anulación de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, como pretende la recurrente, importaría un retroceso en el acceso a



prestaciones, no sólo de los beneficiarios de Isapre Cruz Blanca S.A., sino de todos los demás beneficiarios del Sistema Privado de Salud.

Es decir, los límites a la cobertura, no son de la esencia de los contratos de salud, no pueden vulnerar las reglas de bonificación al interior del plan (25%), ni pueden importar una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a sus beneficiarios.

Sobre este último punto, cabe enfatizar que, a petición del Director del Fondo Nacional de Salud, se eliminaron los límites financieros anuales para las prestaciones previamente individualizadas, respecto de estos menores de 6 años, siendo tal instrucción, y no otra, la que se formuló mediante la dictación de la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021.

En la especie, asevera que no se ha alterado la cobertura pactada respecto de cada prestación individual, limitándose, simplemente, a eliminar los topes anuales, tal como lo hiciera el Fonasa, a efectos de garantizar la continuidad en los tratamientos de estos beneficiarios menores de 6 años.

Por tanto, no se trata de una instrucción carente de razonabilidad o motivación, como afirma la recurrente, sino que estamos en presencia de una normativa espejo que, habiéndose aplicado al Fonasa, debe ser considerada por las Aseguradoras para no vulnerar la limitación establecida en el inciso primero del artículo 190 del DFL N°1/2005 de Salud, cuya sanción legal es que: "las cláusulas que *contravengan esta norma se tendrán por no escritas*.", razón por la cual, en este caso, y tal como se precisó por la Circular IF/N°390, se eliminaron los montos máximos de bonificación anual, respecto de las prestaciones y beneficiarios mencionados en la Resolución Exenta N°589, de 9 agosto de 2021, ya que la propia ley establece que tales cláusulas deben tenerse por no escritas, tal como se instruyó, sin que se vulnere principio de legalidad alguno, ni que esa entidad



como

se hubiere <sup>arrogado</sup> atribuciones legislativas, como injustificadamente afirma Isapre Cruz Blanca S.A..

En consecuencia, requiere desestimar la reclamación formalizada, con costas.

**Tercero:** Que, los actos administrativos están revestidos de la presunción de legalidad, de acuerdo a lo prescrito por el artículo 3° de la Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos del Estado, presunción de carácter legal que puede ser desvirtuada, siendo de carga de la reclamante acreditar la ilegalidad invocada.

En este sentido, el control que en esta sede se puede realizar, sólo se basa en la legalidad o no del acto reclamado, sin poder modificar lo resuelto en caso de que el acto impugnado se ajuste al derecho vigente.

**Cuarto:** Que, el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2005 del Ministerio de Salud, prescribe, en lo pertinente, que: “En contra de las resoluciones o instrucciones que dicte la Superintendencia podrá deducirse recurso de reposición ante esa misma autoridad, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la fecha de la notificación de la resolución o instrucción.

La Superintendencia deberá pronunciarse sobre el recurso, en el plazo de cinco días hábiles, desde que se interponga.

En contra de la resolución que deniegue la reposición, el afectado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal.

Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado, la Corte ordenará traer los autos "en



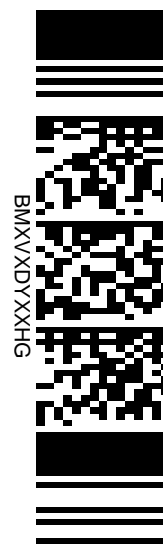


relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas”.

**Quinto:** Que, acorde a los antecedentes aportados por los intervinientes, se evidencia que la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021 de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, imparte instrucciones para el Sistema de Salud Previsional, con el objeto de aclarar y precisar el alcance de la eliminación de los límites financieros a la cobertura que deben otorgar las empresas aseguradoras a sus beneficiarios menores de 6 años, respecto de las prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, detalladas en las Normas Técnicas del Arancel de Fonasa en sus modalidades Libre Elección.

Tal supresión, tiene su sustento en la Resolución Exenta N°589, de 9 de agosto de 2011, del Ministerio de Salud, que modificó las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1, de 2005, también del referido Ministerio. En ella, expresamente, se eliminan los límites financieros para los niños y niñas menores de 6 años, no siendo necesario acreditar ninguna condición o diagnóstico particular, en las prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, que allí se mencionan. La eliminación, según la Resolución aludida, se aplica respecto de la Modalidad Libre Elección, siendo solicitada por el Director del Fondo Nacional de Salud, mediante Ordinario N°25 de 2021, en tanto informó sobre la necesidad de modificar los límites financieros anuales para menores de 6 años, para efectos de favorecer la continuidad de la atención para las prestaciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Psiquiatría.

De este modo, la Resolución Exenta N°589 incorpora, en la Resolución Exenta N°277 de 2011, del Ministerio de Salud, “Que aprueba las normas



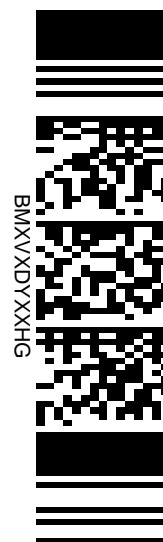
Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad Libre Elección”, un nuevo numeral 32, que elimina los límites financieros para los menores de 6 años, no siendo necesario acreditar ninguna condición o diagnóstico particular, en las prestaciones que específicamente señala.

**Sexto:** Que a su turno, para fundamentar la Circular IF/N°390, de 31 de agosto de 2021, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, señala que el artículo 190 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud, establece para el Sistema Privado de Salud Previsional que:

*“... las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere, el artículo 31 de la Ley N°19.966, que establece el Régimen General de Garantías de Salud. Las Cláusulas que contravengan esta norma se tendrán por no escritas”.*

De esta manera, y existiendo una eliminación específica de los límites financieros por parte del Arancel de Fonasa en Modalidad de Libre Elección y sus normas complementarias, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud estimó procedente el ejercicio de las facultades y atribuciones que le confiere la ley, en especial lo dispuesto en los artículos 110 N°2 y 114 del DFL N°1, de 2005, de Salud, modificando la Circular IF N°77, del 25 de julio de 2008, que contiene el compendio de normas administrativas en materia de beneficios; agregando una letra o) en el Capítulo I “De los beneficios contractuales y de la cobertura del plan de salud complementario”, Título V, “Reglas Especiales de Cobertura y Bonificación”, N°2 “Normas Generales de Cobertura”, según el siguiente tenor:

*“o) Cobertura sin límite financiero en determinadas prestaciones para los menores de 6 años.*



*Estarán exentas de limite financiero y no será necesario acreditar condición o diagnóstico particular para las prestaciones otorgadas a los menores de 6 años beneficiarios de Isapres que así lo haya declarado la Resolución Exenta N°176 de 1999 del Ministerio de Salud, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, y la Resolución Exenta N°277 de 2011, del mismo Ministerio, que establece las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II, del D.F.L. N°1, de 2005 de Salud, en la Modalidad Libre Elección, del mismo Ministerio, o las que en un futuro las reemplacen.*

*En tal sentido, las Isapres deberán otorgar la cobertura del plan de salud sin topes de montos máximos anuales por beneficiario a las prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y psiquiatría otorgadas a los menores de 6 años se les haya eximido de límite financiero por las normas antes señaladas y en las modalidades de atención que allí se establezca (Ej: telerehabilitación, teleconsulta, presencial, etc.).*

*Las cláusulas que contravengan el párrafo anterior se tendrán por no escritas”.*

**Séptimo:** Que, es menester dejar establecido que de la lectura de la resolución recurrida, esto es, la Resolución Exenta SS/N° 801 dictada por el Superintendente de Salud, con fecha con fecha 29 de junio de 2022, resulta palmario que esta consta de los fundamentos de hecho y de derecho que mandata la ley, dejando establecido que la Circular N°390, de 31 de agosto de 2021, tiene por objetivo, aclarar y precisar para el Sistema Privado de Salud Previsional el alcance de la eliminación de los límites financieros a la cobertura que deben otorgar las Isapres a sus beneficiarios menores de 6 años respecto de las prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología, detalladas en las Normas Técnicas del Arancel de Fonasa en Modalidad Libre Elección.



Lo anterior, necesariamente debe vincularse a los compromisos internacionales adoptados por el Estado de Chile, al suscribir una serie de instrumentos relativos al Derecho Internacional de los Derechos Humanos y que dicen relación con la dignidad del ser humano, entendida como el mínimo bajo el cual se le destituye de todo valor.

Al efecto, se ha dicho por la doctrina que: *“El principio que ha inspirado el sistema de codificación del DIDH desde sus orígenes y sobre el que se ha construido el sistema internacional en materia de derechos humanos, es la garantía de la dignidad del ser humano por medio de ciertos derechos mínimos que les son reconocidos a los individuos en su sola condición de seres humanos”* (Claudio Nash, “La Concepción de derechos fundamentales en Latinoamérica”, México, Edit. Fontamara, 2010, p. 61).

Este cúmulo de obligaciones, al ser compromisos internacionales adoptados por el Estado de Chile, implican o generan responsabilidad internacional, cuando, por acción u omisión, incumplen sus obligaciones en materia de derechos humanos y no reparan sus obligaciones. El Estado es responsable aun cuando su intención no haya sido incumplir con la obligación o provocar daños a las personas, de modo que, en este contexto, atendido que la materia regulada en la resolución impugnada por la presente vía, involucra temas de acceso a prestaciones de salud respecto de niñas y niños menores de 6 años, menester es dejar establecido que además de las potestades legales de las que está investida la Superintendencia reclamada, la interpretación realizada por esta entidad fiscalizadora, es compatible con los deberes que el Estado de Chile ha asumido en materias de niñez y adolescencia, atendido los tratados internacionales sobre derechos humanos suscritos, el principio de interés superior del niño, niña y/o adolescentes y el deber de no repetición impuesto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso de la menor Martina Vera



Rojas, como acertadamente lo expresa la recurrida al informar la presente reclamación.

**Octavo:** Que, así las cosas, en el caso de autos, el acto administrativo refutado ha sido dictado por la autoridad competente, legalmente facultada para fiscalizar, interpretar e instruir a la recurrente, respetándose el procedimiento y las garantías de la misma, quien formuló alegaciones y defensas ante la autoridad, que fueron descartadas, según da cuenta la Resolución Exenta SS/Nº801, el informe consignado en el basamento segundo de esta sentencia, en que se reproducen los fundamentos del rechazo de las alegaciones.

**Noveno:** Que, en consecuencia, no existe acto ilegal que se pueda imputar a la reclamada, la que ha actuado en conformidad a las normas que la regulan, y dictando el acto administrativo en el ejercicio de sus facultades privativas.

Por estas consideraciones y visto, además, lo dispuesto en el artículo 113 del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, del año 2005, del Ministerio de Salud, **SE RECHAZA**, sin costas, el recurso de reclamación deducido por Isapre Cruz Blanca S.A., en contra de la Resolución Exenta SS/Nº 801, dictada por el señor Superintendente de Salud que rechazó su recurso jerárquico, manteniendo, en definitiva, la Circular IF/Nº 390, de 31 de agosto de 2021 de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Redactó el ministro señor Antonio Mauricio Ulloa Márquez.

Contencioso Administrativo Nº 349-2022.

No firma la ministra señora Osorio, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo del fallo, por estar haciendo uso su feriado legal.

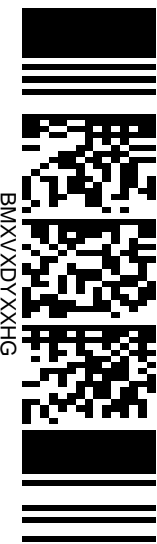


Pronunciada por la **Sexta Sala de la ltma. Corte de Apelaciones de Santiago**, presidida por el Ministro don Antonio Ulloa Márquez, conformada por la Ministra señora Ana María Osorio Astorga y el Abogado Integrante don Michael Camus Davila.



Pronunciado por la Sexta Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministro Antonio Ulloa M. y Abogado Integrante Michael Christian Camus D. Santiago, trece de enero de dos mil veintitrés.

En Santiago, a trece de enero de dos mil veintitrés, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.  
A contar del 11 de Septiembre de 2022, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>.