



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

SENTENCIA DEFINITIVA

Torreón, Coahuila de Zaragoza, seis de octubre de
dos mil veintiséis.

VISTO, para resolver en sentencia definitiva el juicio oral mercantil **528/2024-D**.

RESULTANDO:

1. **Demanda.** Por escrito presentado el **veintidós de abril de dos mil veinticuatro**, ante la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en La Laguna, con residencia en Torreón, Coahuila de Zaragoza, recibido en este juzgado el mismo día, *****

 , en la vía oral mercantil demandó a *****

 , las
 siguientes prestaciones:

“A).- El pago de la cantidad de 40 meses de sueldo, por concepto de pago del **Seguro Institucional** que la Secretaría de Educación me otorgó, cuyo número de póliza institucional bajo protesta de decir verdad desconozco, en virtud de que fue la Secretaría de Educación Pública quien realizó el contrato de dicha póliza colectiva, dependencia en la cual el suscrito prestaba mis servicios con la clave presupuestal ***** , por tal motivo, la mencionada dependencia educativa me otorgó como una prestación laboral el referido seguro institucional, con una cobertura básica.

Por tanto se reclama la cantidad de \$1'968,928.08 (un millón novecientos sesenta y ocho mil novecientos veintiocho pesos 08/100 moneda nacional), por concepto de 40 (suma básica, percepción ordinaria en mi recibo de nómina) cantidad que se obtiene de mi sueldo quincenal \$24,611.61 (veinticuatro mil seiscientos once pesos 61/100 moneda nacional), en clave presupuestal

B).- El pago de la póliza que corresponde a la clave presupuestal ***** , que fue **potenciada (incrementada)** por suscrito por **sesenta y ocho meses de sueldo mensual integrado**, y lo estuve pagando desde que inicie a laborar para la dependencia antes señalada, situación que se acredita con mi recibo de nómina en el cual este juzgador puede percibir que se me realizaba un descuento identificado como **deducción 50 por concepto de seguro institucional (potenciado)**, situación que es suficiente para condenar al pago de la potenciación en términos de lo previsto en la cláusula **décimo cuarta** (percepción ordinaria, tercer párrafo), de las condiciones generales del seguro de vida institucional, por lo anterior se reclama como cantidad líquida por **68 meses de sueldo** el cual equivale al monto de **\$3'347,178.96 (tres millones trescientos cuarenta y siete mil ciento setenta y ocho pesos 96/100 moneda nacional)**, sin embargo, el monto a pagar al suscrito es por **\$747,178.96 (setecientos cuarenta y siete mil ciento setenta y ocho pesos 96/100 moneda nacional)**, lo anterior en virtud de que me fue realizado un pago parcial por la cantidad de **\$2'600,000.00 (dos millones seiscientos mil pesos 00/100 moneda nacional)**.

2



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

(percepción ordinaria), que multiplicado por sesenta y ocho meses da la cantidad que aquí se reclama, tal como lo prevé la **cláusula décima cuarta** de las Condiciones Generales que corresponden al Contrato derivado de la licitación pública nacional electrónica consolidada número **00006004-009/2007**, mismas que se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas bajo el número CNSF-S0034-0621-2007.

B).- (SIC) El pago de la indemnización por mora en términos de lo previsto en el artículo 276, fracción I, primer párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Cabe destacar que el seguro institucional debe ser liquidado con base al salario ordinario el cual en términos legales debe considerarse aquel que se conforma con el total de las percepciones que de manera periódica percibe el servidor público, pues así se encuentra estipulado en las condiciones generales del seguro institucional y en la póliza de potenciación de la que se puede advertir con claridad que el sueldo que debe ser considerado para el pago es el **salario mensual bruto** que percibe el servidor público al momento de ocurrir el siniestro; ahora bien en el presente caso la aseguradora al realizar el pago parcial hace una interpretación errónea calculando y aplicando la cláusula quinta de las condiciones generales, generando confusión al intentar introducir un concepto creado de manera unilateral por ella consistente en que el salario ordinario mensual se conforma únicamente con los conceptos sueldo base y compensación garantizada.

En esa guisa, no es válido sostener que el salario para efectos de calcular la indemnización se compone sólo de dos conceptos; es decir, el sueldo base y la compensación garantizada, pues de conformidad con las condiciones generales del seguro institucional el salario ordinario mensual bruto (percepción ordinaria), no puede ser conformado con las prestaciones que calculó la aseguradora por las consideraciones siguientes: (...)

C).- El pago de los intereses que corresponden desde el día **2 de OCTUBRE de 2015 (es decir 10 días después de que se presentó la solicitud)** (en términos de lo previsto en la cláusula novena párrafo 6 y 7) hasta la fecha en que se pague totalmente el seguro institucional, en virtud de que desde esa fecha presenté la solicitud única para el pago de siniestro de seguro de vida, intereses que se cuantificarán en ejecución de sentencia de

D).- El pago de la suma asegurada del Seguro de Vida Individual Plan **ML99, con las siglas C.I.T. cobertura de invalidez total, el cual el suscrito contraté con ***** *****, bajo la póliza **T55817**, cantidad líquida que asciende a **\$400,000.00 (cuatrocientos mil pesos 00/100 moneda nacional)**.**

2. Trámite. Una vez desahogada la prevención, mediante acuerdo de **nueve de mayo de dos mil veinticuatro**, se admitió a trámite la demanda en la vía y medios propuestos.

3.1 Reconvencción. En dicho escrito de contestación la parte demandada, interpuso reconvencción en contra del actor principal, por lo que en auto de **doce de junio de dos mil veinticuatro**, se admitió a trámite y se ordenó emplazar al demandado reconvenicional; y, en auto de **veinte de junio**



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

siguiente, se tuvo por contestada dicha reconvenición, se tuvieron por anunciadas las pruebas y por opuestas sus excepciones, ordenándose dar vista a la actora reconvenicional; y, en el diverso proveído de **veintiocho de junio de dos mil veinticuatro**, se tuvo por desahogada la misma y por hechas sus manifestaciones.

4. Preliminar. El dieciséis de diciembre de dos mil veinticuatro, se llevó a cabo la audiencia preliminar en el presente asunto; y, se señaló fecha y hora para la celebración de la audiencia.

5. Audiencia de juicio. Siendo las **diez horas** del día **seis de octubre de dos mil veintiséis**, hora y fecha reprogramada en auto de diecisiete de agosto del año en curso, para el verificativo de la **audiencia de juicio**, se llevó a cabo el desahogo de las pruebas y se aperturó la etapa de alegatos, declarándose visto el asunto y se dictó la presente sentencia definitiva.

5.1. Dichas audiencias constan en el sistema de videograbación con que cuenta este juzgado especializado.

CONSIDERANDO:

1. Competencia. Este órgano jurisdiccional es legalmente competente para resolver el presente asunto, en términos de los artículos 104, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 56 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; 1090, 1092, 1094, fracciones I y III del Código de Comercio, en relación

Ello, toda vez que resuelve respecto de una controversia del orden mercantil que solo afecta intereses particulares, cuya acción se inició optativamente ante esta potestad del fuero -u orden federal, sin que se hubiera opuesto excepción al respecto.

Sustenta lo anterior, la jurisprudencia 1a./J. 25/2005, de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXI, Abril de 2005, página 576, con registro digital: 178665, de rubro y texto siguientes:

6



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

procedente, pues de no serlo, el Juez estaría impedido para resolver sobre las acciones planteadas. Por ello, el estudio de la procedencia del juicio, al ser una cuestión de orden público, debe analizarse de oficio porque la ley expresamente ordena el procedimiento en que deben tramitarse las diversas controversias, sin permitirse a los particulares adoptar diversas formas de juicio salvo las excepciones expresamente señaladas en la ley. En consecuencia, aunque exista un auto que admita la demanda y la vía propuesta por la parte solicitante, sin que la parte demandada la hubiere impugnado mediante el recurso correspondiente o a través de una excepción, ello no implica que, por el supuesto consentimiento de los gobernados, la vía establecida por el legislador no deba tomarse en cuenta. Por tanto, el juzgador estudiará de oficio dicho presupuesto, porque de otra manera se vulnerarían las garantías de legalidad y seguridad jurídica establecidas en el artículo 14 constitucional, de acuerdo con las cuales nadie puede ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento. Luego entonces, el juzgador, en aras de garantizar la seguridad jurídica de las partes en el proceso, debe asegurarse siempre de que la vía elegida por el solicitante de justicia sea la procedente, en cualquier momento de la contienda, incluso en el momento de dictar la sentencia definitiva, por lo que debe realizar de manera oficiosa el estudio de la procedencia de la vía, aun cuando las partes no la hubieran impugnado previamente.”

Esto, debido a que la contienda deriva de un acto de comercio [operación de seguros] cuya prestación principal es de carácter pecuniario [indemnización por actualización del siniestro amparado en las pólizas de seguro], contiene una cuantía determinada y, además, dada sus características, no tiene una tramitación especial establecida en la referida normatividad u otras leyes de la materia.

Resulta relevante la tesis de jurisprudencia PC.III.C. J/3 C (10a.), sostenida por el Pleno en Materia Civil del Tercer Circuito, consultable en la Gaceta del Semanario Judicial de

“JUICIO ORAL MERCANTIL. PARA EFECTOS DE SU PROCEDENCIA, TRATÁNDOSE DE ACCIONES DECLARATIVAS, DEBE TOMARSE COMO SUERTE PRINCIPAL LA PRESTACIÓN PECUNIARIA QUE SE DEMANDE COMO CONSECUENCIA, CON INDEPENDENCIA DE QUE SEA DE NATURALEZA POSITIVA O NEGATIVA. La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la jurisprudencia 1a./J. 136/2012 (10a.) (*), sostuvo que el término "suerte principal" contenido en el numeral 1339 del Código de Comercio tiene un contenido de carácter pecuniario, y debe entenderse como el reclamo derivado de la declaración judicial materia de la acción, distinta a los intereses y accesorios. Ahora bien, dicha interpretación debe regir para aplicar la regla prevista en el artículo 1390 Bis de dicha codificación, respecto a la procedencia del juicio oral mercantil, de lo que se sigue que, si derivado de la procedencia de una acción declarativa se reclama la cancelación o liberación de la obligación de pago de una suma determinada de dinero (cargo o adeudo), ésta constituye una prestación principal de carácter pecuniario, pues el legislador en el artículo precitado no distinguió respecto a la naturaleza positiva (pago o devolución) o negativa (cancelación o liberación) de las prestaciones que constituyen la suerte principal.”

8



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

parcial por la cantidad de \$2'600,000.00 (dos millones seiscientos mil pesos 00/100 moneda nacional).

También reclama, el pago de las póliza de Seguro Individual *****, con una suma asegurada por la cantidad de ***** *****, por concepto de C.I.T. Cobertura de invalidez total.

Además, como consecuencia de ello, reclama el pago de **indemnización por mora e intereses moratorios** en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Por último, reclama **el pago de gastos y costas** del presente juicio.

4. Estudio de fondo del asunto.

4.1 Estudio de la acción. En virtud de lo anterior, en este apartado se abordará el estudio y decisión sobre la acción ejercida, a fin de concluir si la parte actora cumplió con la carga procesal impuesta en el artículo 1194, del Código de Comercio.

“Artículo 1194. El que afirma está obligado a probar. En consecuencia, el actor debe probar su acción y el reo sus excepciones.”

Apoya a lo anterior, la tesis publicada en el Semanario Judicial de la Federación, Tomo CXXVII, Quinta Época, página 385, registro 339378, emitida por la otrora Tercera

“ACCIÓN EN MATERIA MERCANTIL, ESTUDIO DE OFICIO DE LA. El estudio de si el actor ha probado o no su acción por mas oficiosamente que se haga, lejos de implicar una violación a la Ley, implica acatamiento de la misma, dado que el artículo 1194 del Código de Comercio dice que el actor está obligado a probar su acción y el artículo 1326 del mismo ordenamiento dispone que cuando el actor no probare su acción será absuelto el demandado; de donde se infiere que es obligación del juzgador examinar si se ha probado o no la acción independientemente de que haya o no alegación de la contraparte a ese respecto, máxime que la exposición de los hechos está a cargo de las partes, en tanto que la aplicación del derecho corresponde al juzgador.”

***** , el cumplimiento del **seguro institucional** consignado en las **pólizas ***** y ******* , en consecuencia, **el pago de la suma básica asegurada correspondiente a cuarenta veces el salario mensual integrado por la cantidad de \$1'968,928.08 (un millón novecientos sesenta y ocho mil novecientos veintiocho pesos 08/100 moneda nacional)**, derivado de la póliza básica; y el de **sesenta y ocho veces el salario mensual por la cantidad de \$747,178.96 (setecientos cuarenta y siete mil ciento setenta y ocho pesos 96/100 moneda nacional)** de la póliza **potenciada**, lo anterior, en virtud de que afirma, le fue previamente **realizado un pago parcial por la cantidad de \$2'600,000.00 (dos millones seiscientos mil pesos 00/100 moneda nacional).**

10



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

concepto de C.I.T. Cobertura de invalidez total

Además, como consecuencia de ello, el pago de **indemnización por mora e intereses moratorios** en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Asimismo, reclama el pago de gastos y costas del presente juicio.

5. Prescripción de la acción. Primeramente, se analizará la excepción de **prescripción de la acción en términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, opuesta por la demandada al dar contestación a la demanda, misma que hizo consistir, sustancialmente, en que, el asegurado narra expresamente que con fecha **dieciocho de septiembre de dos mil quince** presentó su reclamación de pago, y hasta que interpuso la demanda el **veintidós de abril de dos mil veinticuatro**, transcurrieron en exceso los dos años a que se refiere el artículo 81 de la ley en cita, sin que al actor le interesara ejercer los derechos derivados de las pólizas base de la acción, por lo que la prescripción en el presente caso, ha operado.

Que, además, procede la excepción porque la demandada pagó al actor las pólizas que reclama en **octubre de dos mil dieciocho**, manifestando bajo protesta de decir verdad, **carecer de comprobantes de pago**, por lo que desde la fecha en que se efectuó el pago a la fecha en que presentó la demanda **veintidós de abril de dos mil**

Excepción que a criterio de quien aquí resuelve es **infundada** debido a que, en principio, a pesar de que la parte actora admitió que se le realizó un pago parcial por parte de la aseguradora el **veintiséis de octubre de dos mil dieciocho**, la demandada no demostró haber informado o notificado directamente al asegurado, mediante oficio o escrito dirigido al actor, que con ello concluía su reclamación de pago.

Propiamente, el efecto de la prescripción negativa es la extinción de la acción, de la potestad del acreedor para exigir del deudor el pago; ello, ante la presunción de la falta de interés jurídico; por tanto, cualquiera que descuide o no ejerza sus derechos oportunamente, pierde su facultad para ejercer la acción correspondiente con posterioridad a la conclusión del término que fije la ley para tal efecto.

Por su parte, las causas de interrupción de la prescripción proceden respecto de la que comenzó a correr y no se ha consumado, pero no así respecto de la prescripción negativa consumada, porque en este último supuesto se extingue el derecho que pudo ejercerse dentro del término fijado por la ley.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Ahora bien, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1o de la Ley sobre el Contrato de Seguro, por virtud del contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, pues dicho precepto dispone:

“ARTICULO 1°.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.”

Esto es, se trata de un contrato bilateral, oneroso y aleatorio, en virtud de que, tanto la aseguradora, como el contratante o asegurado, asumen derechos y obligaciones que son correlativos; el contratante se obliga al pago de la prima estipulada durante toda la vigencia del contrato, y la aseguradora, a su vez, se compromete al pago de la suma asegurada en caso de actualizarse el siniestro amparado en el contrato.

Precisado lo anterior, en relación con el contrato de seguro y la acción de pago que se deriven del mismo, los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establecen lo siguiente:

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro **prescribirán:**

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

“Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”.

a) En cinco años tratándose de seguros que amparen el siniestro de fallecimiento; y

b) En dos años en los demás casos en que la cobertura del seguro no sea la vida.

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro prescribirán desde la fecha del acontecimiento que les dio origen; además, que no transcurrirá la prescripción en los casos siguientes:

i) Por omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el evento asegurado, sino desde el día en que la empresa aseguradora haya tenido conocimiento de él.

ii) Cuando por omisión o por falsas o inexactas declaraciones, los interesados no hayan tenido conocimiento cierto sobre el riesgo auténticamente corrido, en cuyo caso la



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

prescripción inicia desde el momento en que tengan dicho conocimiento; y,

iii) Mientras los terceros beneficiarios no tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

A su vez, es importante tener presente el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que establece:

“Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.”

Conforme a dichos preceptos, las causas ordinarias de interrupción de la prescripción están contempladas en el artículo 82 de la ley de la materia, siendo las causas extraordinarias de interrupción del plazo extintivo del derecho sustantivo las que a continuación se precisan:

- 1) El nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro; y,
- 2) Tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Por otro lado, los artículos 65 y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, establecen:

“Artículo 65.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente

el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Artículo 66.- *La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.”*

De los preceptos transcritos se desprende que **las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la institución financiera a satisfacer las pretensiones del usuario** o en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

Que la reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de la referida Ley, de la Institución Financiera que corresponda.

Que la reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, **interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.**



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Ahora, los artículos 66 a 68 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, disponen:

“Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”.

“Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.”.

“Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.”

Del análisis de dichos preceptos, se advierte el procedimiento a seguir por el asegurado o beneficiario para hacer efectiva la indemnización con motivo del cumplimiento de un contrato de seguro una vez acaecido el siniestro; hipótesis en las que tan pronto sepan de su realización, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora, en el entendido de que si no lo hacen, el término de la prescripción de dos años a que se refiere el artículo 81, fracción II, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, iniciará desde su acontecimiento.

Por otra parte, la Ley sobre el Contrato de Seguro no

Al relacionar este concepto con el contrato de seguro se puede considerar que el "acontecimiento" podrá en algunas ocasiones coincidir con el "sinistro", esto es, con la realización del riesgo (eventualidad objeto del contrato) y ese siniestro será distinto dependiendo del tipo de seguro.

Pero, además, en orden al tipo de acción admisible de ejercerse con fundamento en el contrato de seguro es evidente la posibilidad de supuestos, donde "el acontecimiento" no coincida con el siniestro; por consiguiente, en cada caso deberá de analizarse el tipo de acción ejercida.

Ahora bien, como el hecho causante de la prescripción es la indiferencia durante cierto tiempo del titular del derecho, es evidente que no pueden extinguirse por prescripción los derechos cuya pertenencia al sujeto no dependan de su voluntad; **por ende, la prescripción no empieza a correr respecto a derechos que no están todavía a disposición del titular, pues si no dependen de su voluntad, ésta (expresada a través de la impasibilidad y el no hacer) no puede dar origen a su pérdida.**

Lo anterior tiene sustento en la tesis aislada I.4º.C.279 C del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, que este órgano de justicia hace propia, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXXII, Septiembre de 2010, página



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

1220, con registro digital: 163850, de rubro y texto siguientes:

“CONTRATO DE SEGURO. LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DEBE COMPUTARSE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ACTUALIZAN LOS ELEMENTOS DE LA PRETENSIÓN DEDUCIDA. El artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro prevé como punto de partida para el cómputo de los plazos de prescripción de todas las acciones derivadas de un contrato de seguro, la fecha del acontecimiento que les dio origen. Como se puede advertir, en primer lugar, el referido precepto dispone expresamente, como objeto de la prescripción, las acciones derivadas del contrato de seguro. Cualquiera que sea la teoría de la acción adoptada, para estimar que el actor está en aptitud de reclamar "lo que se le debe" (corriente clásica) o bien, para solicitar al órgano del Estado que, en ejercicio de la función jurisdiccional, inicie un proceso donde, mediante una resolución definitiva, dirima el litigio planteado (corriente contemporánea) es necesario no sólo la existencia del supuesto normativo donde se prevea el derecho aducido en el juicio, sino además, es menester la actualización de ese supuesto. De otra manera no hay base para estimar que el demandado "debe" al actor alguna prestación (conforme a la corriente clásica) ni para determinar la existencia de un interés jurídico en accionar, por no existir una situación de hecho contraria a derecho, subsanable únicamente por la intervención del órgano jurisdiccional, a través de la providencia expedida al efecto por éste (conforme a la corriente actual). En segundo lugar, la Ley sobre el Contrato de Seguro no define qué debe entenderse por el "acontecimiento" que le da origen a la acción. El Diccionario de la Lengua Española define al acontecimiento, como "M. Hecho o suceso, especialmente cuando reviste cierta importancia". Al relacionar este concepto con el contrato de seguro se puede considerar que el "acontecimiento" podrá en algunas ocasiones coincidir con el "siniestro", esto es, con la realización del riesgo (eventualidad objeto del contrato) y ese siniestro será distinto dependiendo del tipo de seguro. Pero, además, en orden al tipo de acción admisible de ejercerse con fundamento en el contrato de seguro es evidente la posibilidad de supuestos, donde "el acontecimiento" no coincida con el siniestro; por consiguiente, en cada caso deberá de analizarse el tipo de acción ejercida. Ahora bien,

El sujeto no
acción no
án todavía
su voluntad
el no hac
bases es
el cómputo
surten la
tensión d
go de la su
colectivo
nerador de
actados, a
os del serv
ilico, y c) e
igual tiempo
ro. Por con
mismo tie
d de solici
de acontec
ue en ese
años de
vicio y cotiz
para reclan
colectivo a
hay base
derecho n
este no le s
de la acci

a respect
adas en

principio,
re una re

En ese sentido, se concluye que **el derecho a reclamar no estaba todavía a disposición de la parte actora (titular), pues no dependía de su voluntad**, sino de la aseguradora demandada; por lo que, para que lo perdiera, era necesario que existiera la **negativa o conclusión fehaciente** de parte de esta última, la cual, del caudal probatorio obrante en autos, no se demuestra que exhibiera dicho documento.

Se insiste en lo anterior, pues, como se adelantó, si bien la enjuiciada también adujo que la asegurada abandonó su trámite de pago por más de dos años, no es motivo para que opere la prescripción, toda vez que **la solicitud fue ingresada y correspondía a la demandada dar una respuesta a la misma.**

Por lo que, contrario a lo expuesto por la aseguradora demandada, no se ha activado el plazo de dos años establecido para que opere la prescripción invocada, puesto que no acreditó en autos haber manifestado una postura negativa o de improcedencia del reclamo de los contratos de seguro hecho por la parte actora.

A lo anterior, son orientadoras las tesis aisladas I.3º.C.734 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXIX, Abril 2009, página 1938, registro: 167422 y I.9º.C.149 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXVIII, Septiembre 2008, página 1388, registro 168828, emitidas por



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

el Tercer y Noveno Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, respectivamente, que este juzgado de distrito hace propias, que dicen:

“PRESCRIPCIÓN EN MATERIA DE SEGUROS. LA INTERRUMPEN LAS GESTIONES QUE REALICEN DIRECTAMENTE LOS ASEGURADOS ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

Conforme a lo previsto en los artículos 2o. y 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, las gestiones que realicen los asegurados ante la unidad especializada de la compañía demandada, constituyen una interrupción del plazo prescriptivo, ya que las reclamaciones a que se refiere el último numeral citado, son idóneas y suficientes para demostrar el interés del asegurado de hacer valer y mantener vigentes sus derechos frente a la aseguradora, además de que conforme a lo previsto en el artículo 66 de la ley de la materia, son causa de interrupción de la prescripción; sin que con ello se contraría lo previsto en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece el plazo de dos años para que opere la prescripción.

PRESCRIPCIÓN. TÉRMINO DURANTE EL CUAL SE INTERRUPE. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS. El artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece que la reclamación presentada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros que reúna los requisitos establecidos en esa legislación, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento. De lo anterior se desprende que el lapso durante el cual se interrumpe el término para la prescripción previsto en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe computarse hasta la conclusión de ese procedimiento, por lo que será hasta que se notifique a las partes de lo resuelto en el mismo cuando comience a correr nuevamente el término previsto por el artículo 81 de la citada legislación para la prescripción de las acciones que se deriven de un contrato de seguro.”

Esta interpretación más favorable es la que han realizado los Tribunales de la Federación en el caso de la prescripción de la acción de reclamo ante la justicia por un contrato de seguro en términos de los principios antes mencionados.

Tiene sustento por analogía, la tesis XI.2º.C.3 C² del Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Décimo

24



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Primer Circuito, que se hace propia como criterio de interpretación, de rubro y texto:

"PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO. EL CÓMPUTO DE SU TÉRMINO NO SE REANUDA UNA VEZ QUE CONCLUYE EL PLAZO DE TREINTA DÍAS HÁBILES DE QUE DISPONE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA PARA DAR RESPUESTA POR ESCRITO A LA RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO, SIN QUE LA HAYA PRONUNCIADO. De lo considerado por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la jurisprudencia 1a./J. 52/2015 (10a.), de título y subtítulo: **"PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, PREVISTA EN EL ARTÍCULO 81 DE LA LEY RELATIVA. SI EL ÚLTIMO DÍA PARA QUE OPERE ES INHÁBIL, LA DEMANDA PODRÁ PRESENTARSE EL DÍA HÁBIL SIGUIENTE."**, se sigue que los plazos para la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, establecidos en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro son de interpretación estricta, a efecto de no limitar el derecho fundamental de tutela judicial efectiva previsto como derecho humano en los artículos 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 8, numeral 1 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que garantizan al particular el acceso ante la autoridad jurisdiccional para que se le administre justicia sin más condición que las formalidades necesarias, razonables y proporcionales al caso para lograr su trámite y resolución, además de que en cada asunto debe buscarse la interpretación más favorable al ejercicio de la acción. Acorde con lo anterior, la disposición contenida en el numeral 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, respecto a que la presentación de reclamaciones ante la unidad especializada suspende la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar, debe ser interpretada en el sentido de que el plazo para ejercerlas no se reanuda una vez que concluye el término de treinta días hábiles de que dispone la unidad especializada de la institución financiera para dar respuesta por escrito a la reclamación del asegurado, sin que la haya pronunciado, pues la implementación más favorable al acceso a la jurisdicción con apoyo en los principios pro homine e indubio

tesis XXX
ración y s
, Registro
ado del T
usticia ha

[illegible]

artículos 10 y 11 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regulan el procedimiento de ejecución, éstos, que debían ser de aplicación de oficio, no lo fueron, por lo que debían ser declarados inaplicables. En consecuencia, el Tribunal Supremo, al declarar la nulidad de la resolución impugnada, declaró también inaplicables los artículos 10 y 11 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, al no haberse aplicado de oficio.

De lo anterior se advierte que la parte demandada no informó a la parte actora de la conclusión del trámite del reclamo de pago; de ahí que dicha prueba no arroja dato alguno a favor de la demandada en el aspecto apuntado.

Confesional a la que se le concede pleno valor probatorio, en términos de los artículos 1211 y 1287 en relación con el 1390 bis 8, todos del Código de Comercio³, así como, de la **tesis aislada** Consultable en el Semanario Judicial de la Federación, correspondiente a la Quinta Época, Tomo LXXVIII, Pág. 3075, **de la otrora Tercera Sala** de la anterior integración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, registro 350681, de rubro y texto:

Conforme al artículo 1212 del Código de Comercio, es judicial la confesión que se hace ante Juez competente, ya al contestar la demanda, ya al absolver posiciones; y según el artículo 1235 del mismo código, cuando la confesión no se haga al absolver posiciones sino al contestar la demanda o en cualquier otro acto del juicio, no siendo en la presencia judicial, para ser perfecta, necesita de ratificación. De acuerdo con estos preceptos, debe decirse que si la confesión respecto a la existencia de un documento, fue hecha por el demandado durante la celebración de la audiencia respectiva, al contestar la demanda y en la presencia judicial, esa confesión resulta perfecta y plenamente probatoria, conforme al artículo 1287 del código citado; por lo que es inútil, en tales circunstancias una diligencia especial de reconocimiento del documento, en los términos de los artículos 1241 a 1245 del mismo

I. Que sea hecha por persona capaz de obligarse;

II. Que sea hecha con pleno conocimiento y sin coacción ni violencia;

III. Que sea de hecho propio y concerniente al negocio;

IV. Que se haya hecho conforme a las prescripciones del capítulo XIII.

de la pres
sujeta a l
debe co
ntos corre
Código Ci
se interrur
la posesión
año;
quier género
o al deudo
mo no int
desistiese
favor con
palabra c
es, el dere

término de
 obligaciones.
 documento, c
 e prorroga
 , desde c

car que la
e está fren
ente por l
trato de S

Código de

Ahora, es importante destacar que la aplicación del precepto en cita obedece a que se está frente a un contrato de seguro que se rige primordialmente por las disposiciones que establece la Ley Sobre el Contrato de Seguro; asimismo, dicho contrato constituye un acto de comercio, en términos del numeral 75, fracción XVI del Código de Comercio, que



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

dice:

“Artículo 75.- La ley reputa actos de comercio: (...) XVI.- Los contratos de seguros de toda especie; (...)

Así, de acuerdo con el precepto 2, de este último ordenamiento legal, a falta de disposiciones de dicho código y las demás leyes mercantiles, serán aplicables a los actos de comercio, como en el caso es el contrato de seguro base de la acción, las de derecho común, contenidas en el Código Civil aplicable en materia federal.

“Artículo 2o.- A falta de disposiciones de este ordenamiento y las demás leyes mercantiles, serán aplicables a los actos de comercio las del derecho común contenidas en el Código Civil aplicable en materia federal.”

De ahí que, como ya se apuntó, la aseguradora al no haber emitido una respuesta concluyente del trámite no ha comenzado a transcurrir el plazo del asegurado, aquí actor, relativo a la prescripción.

Por lo tanto, como ya se dijo, al estimarse **infundada** la excepción antes planteada, se procederá a estudiar los elementos fundatorios de la acción.

Premisas argumentativas previas al caso a decidir.

En principio, es necesario traer a colación los artículos 1o de la Ley sobre el Contrato de Seguro y 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

“Artículo 1º.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un

“Artículo 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

III. Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro, así como la determinación del importe de las primas y extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta de riesgo;

V. Verificar que la documentación contractual y la nota técnica de los productos de seguros que ofrezcan al público, mantengan la debida congruencia, a fin de que las obligaciones para las partes contenidas en el contrato, correspondan con las determinaciones técnicas del producto de seguros respectivo, y

32



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y

b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.”
(Lo destacado es del juzgado)

De los preceptos transcritos se destaca que, la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone que en el contrato de seguro **la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en dicho acuerdo de voluntades.**

Por lo que, la reparación del daño está basada en el “principio indemnizatorio”, como una herramienta con la que cuentan los ordenamientos jurídicos que no constituye un medio para procurar una ganancia al asegurado, **sino que únicamente se encamina a resarcir las afectaciones sufridas** a los asegurados.

Por otro lado, de la fracción IV, del artículo 200, de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, se obtiene que, **la aseguradora debe asesorar en forma clara y precisa a sus clientes**, acorde con las sanas prácticas comerciales, lo que es importante pues cuando recibe una reclamación de

pago, tiene la obligación de informar de igual manera si procede o no, 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 derecho de previa audiencia.

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 200, 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.

De ahí que 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**



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

asegurado o beneficiario, sino de la aseguradora, en el entendido de que, queda a la valoración del juez determinar si las pruebas presentadas por la parte asegurada o beneficiaria 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.

Apoya lo anterior, la jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.), visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro IV, Enero de 2012, Tomo 3, página 2655, registro digital 2000167, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, cuyo rubro y texto son:

“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

... omitido a
un desequi
a de audie
ón Política
tampoco
la falta de
juicio teng
or tanto, p
36, fraccio
ndiciones y
r claros y
chos y ob
do, contrata
e probar q
os término
generales c
preciación o
o es carga
de la as
poración del
el asegura
establecido
que son
e los s
er los requ
pago o las
itida por te
en trascen

presente a

ón. Los
ida son:
s de segur

- s de segur



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

III. El incumplimiento de la aseguradora sobre el pago correspondiente establecido en el contrato de seguro.

6.1 Existencia de los contratos. El primero de los **elementos** referidos se encuentra **parcialmente acreditado** en autos, por las consideraciones siguientes.

En primer lugar, debe decirse que, del contenido íntegro de la contestación de la demanda, se advierte claramente que la parte demandada reconoce expresamente la existencia del contrato de seguro institucional contenido en las pólizas ***** y ***** , en las que se establece el pago de **cuarenta veces y sesenta y ocho veces su percepción ordinaria mensual** por concepto del riesgo de **invalidez total y permanente**, respectivamente; tan es así que formula argumentos que tienden a evidenciar que efectivamente se encuentra amparada por las pólizas institucionales mencionadas; aunado a que, la cobertura de los **ciento ocho meses** que amparan dichas pólizas deben calcularse tomando como parámetro el salario base que se indica en el **recibo de percepciones** ofrecido por la propia parte actora; cuyos planteamientos, junto con el resto de los que hace valer en la contestación serán materia de estudio más adelante en este fallo.

Y, respecto de la póliza individual *****, la misma fue presentada tanto por la parte actora en el escrito inicial de demanda, así como por la demandada al dar contestación a la misma.

Numerales que a continuación se transcriben:

“Artículo 1296. Los documentos privados y la correspondencia procedentes de uno de los interesados, presentados en juicio por vía de prueba y no objetados por la parte contraria se tendrán por admitidos y surtirán sus efectos como si hubieren sido reconocidos expresamente. Puede exigirse el reconocimiento expreso si el que los presenta así lo pidiere; con este objeto se manifestarán los originales a quien debe reconocerlos y se les dejará ver todo el documento, no sólo la firma”.

“SEGURO DE VIDA, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE. El artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro consagra tres supuestos: a) La regla general de que la existencia del contrato de seguro, sus adiciones o reformas, así como el hecho del conocimiento de la aceptación de la oferta a que se refiere la fracción I del artículo 21 del mismo ordenamiento (precepto que para determinar el momento en



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

que se perfecciona el mencionado contrato, acoge lo que doctrinalmente se conoce como sistema de la información o del conocimiento), se acreditan mediante la exhibición de la póliza correspondiente; b) A falta de la póliza, la existencia del contrato se comprueba con la confesión de la aseguradora; c) A falta de la póliza, si la aseguradora confiesa que celebró el contrato, pero afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, el único medio de convicción para acreditar esta última circunstancia lo es la confesión del asegurado, y en su caso, la declaración o testimonial de sus beneficiarios. Ahora bien, si a la demanda de los actores se acompañó como documento base de la acción la póliza emitida por la aseguradora, en la que figuran como beneficiarios los propios actores, y como medio de convicción dentro de la dilación probatoria exhiben el recibo correspondiente al pago de la primera prima, se surte el primero de los supuestos requeridos para tener por comprobado el contrato, ya que en los términos del referido artículo 19, queda restringida procesalmente la libertad del juzgador para estimar probada la existencia del contrato a dichos documentos, pues con ellos se acredita plenamente la aceptación de la propuesta por parte de la aseguradora y el conocimiento de esa aceptación por el asegurado a que se refiere la fracción I del artículo 21 de la citada ley.”

Con relación a dichas pólizas **institucionales**, la parte demandada opone las excepciones denominadas “Plus Petitio”, “La derivada del principio de pacta sunt servanda” y “Excepción de pago”, las cuales se estiman **infundadas**, en cuanto al argumento en el que señala que en las condiciones generales las partes pactaron, en la cláusula quinta, que se aplicaría para el pago de la póliza institucional los conceptos 06 y 07 en caso de que éstos se contemplen en el recibo de pago del asegurado; que al momento de su baja el actor percibía el sueldo de \$13,348.75 (trece mil trescientos cuarenta y ocho pesos 75/100 moneda nacional) siendo éste el concepto 07; y en la diversa excepción señala que, el pago se realizó por las cantidades de las pólizas que reclama por lo que no le corresponde ninguna otra cantidad,

Refiere la demandada que efectuó al actor los pagos que le correspondían de las pólizas que reclama, de la siguiente manera:

c. De igual manera, se pagó la póliza individual, por la cantidad de **\$400,000.00 (cuatrocientos mil pesos 00/100 m.n.)**, a través de transferencia electrónica.”

En el caso, primeramente, es de precisar que **la parte actora** aduce que por concepto del seguro institucional de que se trata, le corresponde **el pago de la suma básica asegurada** correspondiente a **cuarenta veces el salario mensual integrado** por la cantidad de **\$1'968,928.08 (un millón novecientos sesenta y ocho mil novecientos veintiocho pesos 08/100 moneda nacional)**, derivado de la póliza básica; y el de **sesenta y ocho veces el salario mensual** por la cantidad de **\$747,178.96 (setecientos cuarenta y siete mil ciento setenta y ocho pesos 96/100 moneda nacional)** de la póliza **potenciada**.

Lo anterior, en virtud de que admite la parte actora, le fue **realizado un pago parcial por la póliza potenciada, por la**



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

en el respectivo comprobante de pago del servidor público o del pensionado al momento de ocurrir el siniestro.

Así como, que el segundo párrafo de esa cláusula prevé que para los servidores públicos se identificará con los conceptos 06 “compensación garantizada” y **07 “sueldos compactados”** o sus equivalentes en las entidades y organismos autónomos.

En ese sentido, la parte demandada estima que la cantidad que servirá de base para la cuantificación del pago será acorde a lo pactado en la cláusula quinta de la póliza institucional, que el actor recibía al momento de su baja, un sueldo base mensual de ***** ***, por lo que dicha cantidad fue tomada como base para realizarle el pago de los 108 meses que reclama, refiriendo que le realizó el pago de la siguiente manera:

“a. El 26 de octubre de 2018, a través de número de cheque *********, por la cantidad de **\$1,067,900.00 (un millón sesenta y siete mil novecientos pesos 00/100 m.n.)** por concepto de la póliza ********* .

b. El 26 de octubre de 2018, la cantidad de **\$1,815,294.00 (un millón ochocientos quince doscientos noventa y cuatro pesos 00/100 m.n.)** por concepto de a póliza *****, a través de cheque *****.

Sin embargo, la parte actora refiere que la aseguradora únicamente **le realizó el pago parcial** de la póliza potenciada por la cantidad de ***** *

Los planteamientos de las partes revelan que existe **controversia en cuanto a la cantidad** que importa la percepción ordinaria de la parte actora que debe servir de soporte para cuantificar el importe de los **ciento ocho meses** de cobertura contratada en las pólizas base de la acción; no obstante, como se adelantó **la excepción en estudio resulta infundada**, por lo siguiente.

Para dilucidar lo anterior, se tiene que, en el apartado de percepciones del recibo de pago ofrecido por la parte actora, se advierten los diversos ingresos relativos a “*material didáctico, compensación por actuación y productividad, eficacia en el trabajo, despensa, prima de antigüedad*”; los cuales, deben tomarse en cuenta para determinar la percepción ordinaria.

En efecto, en la **cláusula quinta** se estableció que la percepción ordinaria sería aquella que se identificara con los conceptos **06** “compensación garantizada” y **07** “sueldos compactados”; y, que en el recibo de pago no se advierte que el actor recibiera el concepto 06 citado; **sin embargo**, en la propia cláusula se pactó que también podrían ser **sus equivalentes** en las Entidades y Organismos Autónomos.

(...)

VI. Legalidad: La remuneración es irrenunciable y se ajusta estrictamente a las disposiciones de la Constitución, esta Ley, el Presupuesto de Egresos, los tabuladores y el manual de remuneraciones correspondiente, y

(...)”

Asimismo, del artículo 6° de la ley referida se desprenden, respecto de las remuneraciones a servidores públicos, las definiciones siguientes:

-Sueldo y salario: Importe que se debe cubrir a los servidores públicos por concepto de sueldo base tabular y, en su caso, compensaciones por los servicios prestados al ente público de que se trate, conforme al contrato o nombramiento respectivo.

-Compensación: Percepción ordinaria complementaria del sueldo base o salario tabular que no forma parte de la base de cálculo para determinar las prestaciones básicas, así como las cuotas y aportaciones de seguridad social, salvo aquéllas que en forma expresa determinan las disposiciones específicas aplicables.

-Percepción extraordinaria: Los premios, recompensas, bonos, reconocimientos o estímulos que se otorgan de manera excepcional a los servidores públicos, condicionados al cumplimiento de compromisos de resultados sujetos a evaluación, así como el pago de horas de trabajo extraordinarias y demás asignaciones de carácter excepcional, autorizadas en los términos de las disposiciones aplicables.

Ahora bien, de lo anterior se desprende que, según lo defina el contrato o el nombramiento con la dependencia pública, el sueldo o salario incluye el sueldo base tabular y,



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

en su caso, las compensaciones por los servicios prestados al ente público.

Por su parte, por compensación debe entenderse la percepción ordinaria complementaria del sueldo base o salario tabular que no necesariamente forma parte de la base de cálculo para determinar las prestaciones básicas.

En ese sentido, debe interpretarse que la compensación garantizada es un ingreso que aparece como concepto adicional al sueldo tabular, el cual, se otorga como un ingreso extra para todos aquellos trabajadores que tienen menores percepciones económicas estando en activo, así como incentivo al desempeño laboral.

En el caso particular, el rubro de “compensación por actuación y productividad” que se advierte del recibo de nómina del actor, se trata de un ingreso adicional al sueldo tabular que se otorga a los servidores públicos de las dependencias y entidades que desempeñen puestos con funciones específicas.

De modo que, conforme a lo antes explicado, es posible concluir que la “compensación garantizada” y la diversa “compensación por actuación y productividad” son conceptos equivalentes; ya que se trata de una cantidad extra al sueldo tabular para compensar una situación determinada, ya sea un sueldo más bajo, o un cierto riesgo de trabajo.

En ese sentido, si el rubro **07** del recibo de pago del actor, corresponde a “sueldo base” y el CA a “compensación

ilitado co
 rantizada,
 rio base,
 a cubierto

em más rub
ctico, con
a en el tra
e advierte
actor; es r
ió aporta
ngresos n

informe
la gubernan
condicione
que la parte
ducidas po
la “percep
a en los fo

...te de r
ue está ob
e ahí que
, en térmi

L

ón, obede

cual d



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

interpretación de las condiciones generales del contrato de seguro; ya que ello, corresponde a la aseguradora, al ser especialista en la contratación de seguros y quien determina las características de los seguros que comercializa.

De ahí que, el incumplimiento a las obligaciones por parte de la aseguradora debe tener una consecuencia en la misma, en beneficio del cliente, y no viceversa; estimar lo contrario, implicaría actuar en contravención a los principios que rigen las sanas prácticas en materia de seguros, así como en trasgresión del derecho humano de igualdad ante la situación de desventaja en que se encuentra el cliente.

Cobra aplicación la tesis 1a. LVIII/2016 (10a.), de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la décima época de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, materia constitucional civil, libro 28, tomo I, página 975, de marzo de 2016, con registro digital **2011226**, de literalidad siguiente:

“CONTRATO DE SEGURO. INTERPRETACIÓN CONFORME DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY RELATIVA CON EL DERECHO FUNDAMENTAL DE IGUALDAD. El contrato de

EL DERECHO FUNDAMENTAL DE IGUALDAD. El contrato de seguro, al ser consensual, requiere de dos emisiones de voluntad sucesivas para perfeccionarse: 1) una oferta que el cliente dirige a la aseguradora con los elementos esenciales del contrato que se propone celebrar; y, 2) una aceptación lisa y llana por parte de la aseguradora, ya que, en caso contrario, la aceptación hace las veces de una contraoferta, en cuyo caso, el cliente requiere de un plazo para responder si acepta o no. Ahora bien, el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro prevé que si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta -esto es en caso de una contraoferta-, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza, y en su defecto, transcurrido dicho plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Así, la interpretación conforme de dicho precepto con el derecho fundamental de igualdad, debe ser en el sentido de que la finalidad que persigue es proporcionar un plazo al cliente para valorar la contrapropuesta de la aseguradora, y

50

resta por pagarse por dicha cobertura de sesenta y ocho meses asciende a la cantidad de **\$747,178.96 (setecientos cuarenta y siete mil ciento setenta y ocho pesos 96/100 moneda nacional)**.

En efecto, bajo los lineamientos de las ejecutorias de amparo referidas, se tiene que debe considerar que la “percepción ordinaria”, incluye los rubros de *“material didáctico, compensación por actuación y productividad, eficacia en el trabajo, despensa, prima de antigüedad”*, que se advierten del recibo de nómina respectivo.

De la referida documental exhibida por la parte actora, consistente en el recibo electrónico de pago a nombre del actor, del periodo del **dieciséis al treinta y uno de agosto de dos mil quince** (fecha de baja del actor de la fuente laboral), se desprende en el apartado de “percepciones”, éste percibía por quincena la suma de *****

*** ***** , la cual al multiplicarse por dos resulta la cantidad de

***** , la cual a su vez,

multiplicada por los ciento ocho meses amparados por la póliza basal potencializada, totaliza la cantidad de **\$5’316,107.76 (cinco millones trescientos dieciséis mil ciento siete pesos 76/100 moneda nacional)**; cantidad a la cual se le resta el pago parcial que refiere la parte actora por

***** , lo que arroja una cantidad total de

\$2,716,107.76 (dos millones setecientos dieciséis mil ciento siete pesos 76/100 moneda nacional), por concepto de seguro institucional básica y potenciada.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Dicha documental produce valor probatorio pleno, con fundamento en los numerales 1241 y 1296 del Código de Comercio, al haber sido ofrecida como prueba por la parte actora y no objetada por la demandada, en cuanto a su existencia; por lo que se tiene por admitida y surte sus efectos como si hubiera sido reconocida expresamente por esta última.

Sin que pase inadvertido para ese juzgador, que si bien la parte demandada refiere que le realizó el pago que menciona a la parte actora por las cantidades que precisa; **sin embargo**, no logra demostrar su afirmación, toda vez que la prueba documental vía informe diligenciada por la demandada, dirigida a la ***** ***** ***** * **
***** , para que a su vez, dicha comisión informara a los bancos respecto de los depósitos de los cheques que dice le fueron entregados al actor como pago de las pólizas mencionadas, así como de la transferencia por el pago de la póliza individual que refiere haber pagado el veintiséis de octubre de dos mil dieciocho, esto por una cantidad diversa a la admitida por el actor.

Sin embargo, como ya se dijo, dicha prueba no fue debidamente desahogada respecto de la información solicitada, por lo que la aseguradora demandada no logró demostrar con algún medio de convicción diverso haberle realizado los pagos al actor por las cantidades precisadas en su escrito de contestación.

De ahí que dichas excepciones devienen infundadas.

*** ***** ***** ***** ***** ***** *****

Luego, como se estableció con anterioridad, en el desahogo de la prueba confesional a cargo de la parte actora, valorada en términos de lo dispuesto por el artículo 1287, en relación con el 1390 Bis 8, ambos del Código de Comercio, en las preguntas relativas a la recepción de las cantidades referidas por la demandada, el actor al dar contestación admitió el pago de la cantidad de ***** *

Con base en lo anterior, se tiene plenamente acreditado que la parte demandada realizó el pago al actor, pero, por la cantidad de ***** ***** ***** ***** *

***** , y no por las cantidades

En resumen, de la cantidad que corresponde a la parte actora por el pago del siniestro amparado en las pólizas base de la acción, consistentes en **ciento ocho meses de sueldo**,

Al respecto, basta con observar las ya reseñadas y valoradas documentales consistentes en la póliza institucional base y potencializada, así como, la individual y las Condiciones Generales que las regulan, exhibidas por la parte demandada, para apreciar que el beneficio de **Invalidez**, sí se encuentra previsto en dicho seguro.

Certificado de Seguro de GRUPO VIDA



Nombre del contratante SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA						Póliza No. 000CB11001			Certificado No. 0000000130031			
Nombre del asegurado GARZA LOPEZ AMERICO USVALDO						R. F. C. GALA580421NN3						
Centro / Trabajo -						Sexo MASCULINO			Estado Civil NO APLICA			
Fecha de nacimiento			Fecha de inicio del certificado			Puesto u ocupación			Vigencia de la póliza			
									Desde las 12:00 hrs			
									Hasta las 12:00 hrs.			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
21	04	1958	23	10	2015		01	04	2015	01	04	2016

Regla para determinar la suma asegurada
3652 COLECTIVO DE VIDA PUBLICO
40 VECES SU PERCEPCION ORDINARIA (BRUTA Y MENSUAL)AL MOMENTO DE
OCURRIR EL SINIESTRO

Porcentaje de distribución al pago de la prima

Coberturas Adicionales Desglosadas

00540 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SINIESTRO 40 VECES SU PERCEPCION ORDINARIA AL MOMENTO DE OCURRIR EL

Nombre completo de los beneficiarios, parentesco (para efectos de identificación) y porcentaje de participación

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considerar al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que su nombramiento al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en su contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

MetLife México, S.A. de C.V. cubre al Asegurado de acuerdo a las coberturas contratadas en los términos y condiciones citados en la póliza siempre que ésta y el presente certificado se encuentren en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 03 de septiembre de 2015 con el número CGEN-S0034-0194-2015 / CONDUSEF-G-01024-001.

METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V.

Lugar y Fecha. MEXICO, D.F. A 01 DE JUNIO DE 2024.

Metlife México, S.A. de C.V. Avenida Insurgentes Sur No. 1457 pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03920, en la Ciudad de México. Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00-METLIFE (638-5433)

GO-1-010

Página 1 de 2

VER.3



JUZGADO DE DISTRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN LA LAGUNA,
CON RESIDENCIA EN TORREÓN, COAHUILA DE ZARAGOZA

Juicio Oral Mercantil 528/2024-D

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Certificado de Seguro de GRUPO VIDA



Nombre del contratante SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA						Póliza No. 000CP11002			Certificado No. 0000000065607		
Nombre del asegurado GARZA LOPEZ AMERICO USVALDO						R. F. C. GALA580421NN3					
Centro / Trabajo 68						Sexo MASCULINO			Estado Civil NO APLICA		
Fecha de nacimiento			Fecha de inicio del certificado			Puesto u ocupación			Vigencia de la póliza		
Desde las 12:00 hrs			Hasta las 12:00 hrs.								
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año
21	04	1958	23	10	2015				01	04	2016
Regla para determinar la suma asegurada											
3652 COLECTIVO DE VIDA PUBLICO											
68 VECES SU PERCEPCION ORDINARIA (BRUTA Y MENSUAL) AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO.											

Porcentaje de distribución al pago de la prima

Coberturas Adicionales Desglosadas

68540 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 68 VECES SU PERCEPCION ORDINARIA MESUAL AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO.

Nombre completo de los beneficiarios, parentesco (para efectos de identificación) y porcentaje de participación

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en su contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada. Metlife México, S.A. de C.V. cubre al Asegurado de acuerdo a las coberturas contratadas en los términos y condiciones citados en la póliza siempre que ésta y el presente certificado se encuentren en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta. En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 03 de septiembre de 2015 con el número CCEN-S0034-0194-2015 / CONDUSEF-G-01024-001.

Lugar y Fecha. MEXICO, D.F. A 01 DE JUNIO DE 2024.

METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V.

Metlife México, S.A. de C.V. Avenida Insurgentes Sur No. 1457 pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03920, en la Ciudad de México. Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00-METLIFE (638-5433)

GO-1-010

Página 1 de 2

VER.3



Póliza de Seguro de Vida Individual Provida
T55817

Contratante: AMERICO USVALDO GARZA LOPEZ
Domicilio: CIRCUITO CANCUN 48

RFC: GALA580421NN3
CURP:
Email:
Tel. Particular:
Tel. Celular: 8717304517
Id. Nominal:

Póliza: T55817
Plan: PROVIDA PEMANENTE (PV99)
Moneda: NACIONAL
Forma Pago: MENSUAL
Tipo de Cobro: DESCTO. POR NOMINA
Vigencia Plan: 68 AÑOS
Status: CON SINIESTRO DE INVALIDEZ

Datos adicionales del contratante

Fecha Nacimiento: 21/04/1958
Edad Real: 65 AÑOS
Edad Cálculo: 64 AÑOS
Fumador: No
Sexo:

Vigencia de la Póliza

Día Mes Año
Emisión: 01 09 1989
Inicio Vigencia: 01 09 1989
Fin Vigencia: 01 09 2057



Agente:5987

Promotoría: GP

En respuesta a su atenta solicitud, anexo a este documento le enviamos el duplicado de su póliza de seguro Individual, con número de póliza descrito en el encabezado.

Adicionalmente, le informamos que de acuerdo a las condiciones originales de su contrato y/o a sus peticiones posteriores se han otorgado las modificaciones siguientes:

Tipo de Movimiento	Inicio de Vigencia	Termino de Vigencia	Suma Asegurada	Prima al Cobro
INCREMENTO SUMA ASEGURADA 20%	01/09/1999	31/03/2004	\$ 72,000.00	\$ 88.20
CAMBIO EN SUMA ASEGURADA	01/04/2004	31/12/2005	\$ 222,000.00	\$ 349.43
CAMBIO EN SUMA ASEGURADA	01/01/2006	30/04/2007	\$ 372,000.00	\$ 619.15
INCLUSION/EXCLUSION BENEFICIOS	01/05/2007	31/03/2012	\$ 372,000.00	\$ 968.74
CAMBIO EN SUMA ASEGURADA	01/04/2012	30/04/2014	\$ 400,000.00	\$ 1,080.29
INCLUSION/EXCLUSION BENEFICIOS	01/05/2014		\$ 400,000.00	\$ 1,657.97
SINIESTRO POR INVALIDEZ	31/08/2015		\$ 400,000.00	\$ 1,592.52
SINIESTRO PARA BENEFICIO DE CANCER	31/08/2018		\$ 400,000.00	\$ 1,592.52
INCLUSION/EXCLUSION BENEFICIOS	01/11/2018		\$ 400,000.00	\$ 1,080.29

Preceptos que a continuación se transcriben:

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

ARTÍCULO 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

ARTÍCULO 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

ARTICULO 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.”

Sentado lo anterior, de la cláusula Segunda de las Condiciones del Seguro exhibidas por la demandada, se



advierte que el siniestro se actualiza en la **fecha de baja** de la Secretaría para la que laboraba el actor.

En ese orden de ideas, en la especie, el siniestro se actualizó a partir del **treinta y uno de agosto de dos mil quince**, cuando **causó baja del servicio** que prestaba para la Secretaría de Educación Media Superior Dirección General del Educación Tecnológica Agropecuaria; ello, derivado de problemas de salud que comenzó a tener, y que originaron que demandara al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el reconocimiento de estado invalidante que le acogía.

Lo cual, aconteció hasta que le fue expedido por dicho Instituto, **el certificado médico de invalidez total y permanente RT-09 ***** de diez de junio de dos mil quince**, emitido en cumplimiento al laudo dictado por la Junta Especial número 42 de la Federal de Conciliación y Arbitraje, de esta ciudad, dentro del procedimiento ******* de ocho de enero de dos mil quince**, lo anterior fue así ante la negativa del citado instituto de reconocer la invalidez.

Asimismo, como ya se dijo previamente, el actor refirió que el día **treinta y uno de agosto del dos mil quince**, acudió a la promotoría que se encuentra ubicada en *********

***** ***** ** *****

***** ** *****
***** ** *****

, a realizar su solicitud de indemnización derivada de las pólizas de seguro institucional e individual contratadas, adjuntando la documentación que le fue solicitada para el cobro de las mismas, en término de lo

Por lo que en el hecho cuarto refiere que con motivo de tal solicitud obtuvo únicamente el pago que calificó como parcial de la póliza potenciada por la cantidad de

debió ser el pago total e hizo la reclamación del pago restante, por lo que en diversas ocasiones se apersonó en las instalaciones de la aseguradora, siendo la última el veintidós de abril de dos mil veintidós.

- 60

Las anteriores excepciones se basan, esencialmente, los contratantes de la póliza pactaron los términos y condiciones que rigen la relación comercial; además que, conforme a las contradicciones de tesis 4/2018 y 216/2018, resueltas por el Pleno del Octavo Circuito y la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el mencionado formato RT-09, debe de cumplir con una serie de requisitos y procedimientos que establece el Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado al agotarse el procedimiento administrativo correspondiente y no de forma arbitraria al ser emitido en cumplimiento a una resolución emitida por la Junta Especial 42 de la Federal de Conciliación y Arbitraje, en virtud de que dicho trámite es exclusivo del citado Instituto de Seguridad, en términos del artículo 118 y 124 de la Ley del ISSSTE y no de la junta.

De la contradicción de tesis 4/2018, derivó la tesis de jurisprudencia PC.VIII.J/10 L (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época libro 67, Junio de 2019, tomo V, página 4461, registro 2020016, emitida por el Pleno de Circuito del Octavo Circuito, de rubro y texto:

“PENSIÓN DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO. PARA SU OTORGAMIENTO Y PAGO, ANTES DE ACUDIR A LA VÍA JURISDICCIONAL, DEBE AGOTARSE EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 124 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y EL REGLAMENTO RESPECTIVO, QUE INICIA CON LA SOLICITUD RELATIVA Y



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CULMINA CON LA EMISIÓN DE LA DECLARACIÓN EN LA QUE SE RESUELVA SOBRE LA APROBACIÓN O NEGATIVA DEL ESTADO DE INVALIDEZ. En la parte final del primer párrafo del artículo 118 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se indica que el ISSSTE debe realizar la declaración de invalidez; y en el diverso artículo 124 de la citada legislación, se establecen los requisitos que deben cumplirse para que un trabajador afiliado a dicho Instituto obtenga una pensión de invalidez; por lo que resulta que es dicho organismo a quien corresponde realizar la calificación de ese estado, pues así lo ordena el legislador, al decir que la declaración de invalidez deberá realizarla el propio Instituto; de ahí que antes de acudir a la instancia jurisdiccional, el trabajador habrá de cumplir con los requisitos a los que se hace alusión en el citado artículo 124, así como en el reglamento respectivo, ya que el trámite administrativo inicia con la solicitud que debe presentarse ante dicho organismo de seguridad social y culmina con la declaratoria en la que se resuelva sobre la aprobación o negativa del estado de invalidez; y en caso de que el trabajador o sus legítimos representantes no estuvieran conformes con el resultado, podrán presentar su inconformidad de manera optativa, ya sea por la vía administrativa, ante el propio Instituto, o por la vía jurisdiccional.”

Asimismo, de la diversa contradicción de tesis 216/2018, derivó la tesis de jurisprudencia 2a./J. 123/2018 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, libro 61, diciembre de 2018, tomo I, página 575, registro 2018680, emitida por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de rubro y texto:

“INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO LA HACE CONSTAR (FORMATO RT-09) ES UNA RESOLUCIÓN DEFINITIVA IMPUGNABLE ANTE EL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA, SIEMPRE QUE OSTENTE LA APROBACIÓN O NEGATIVA QUE DEBE EXPRESAR, EN CUALQUIER CASO, EL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO DE DICHO INSTITUTO. De la interpretación integral de los artículos 2, 17, 18, 23 a 25, 27, 28, 42 y 72 del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, vigente hasta el 24 de febrero de 2017, tratándose de accidentes acaecidos en el centro de labores o en el trayecto a éste, e inclusive cuando el trabajador se encuentre en el desempeño de una comisión, el Instituto citado está obligado a examinar la profesionalidad del riesgo de trabajo, y una vez

[illegible]

tratante, o
nóstico ni
érminos c
en Mater
de Segur
estado est



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Sin embargo, quien aquí juzga, considera que dichas excepciones resultan **infundadas**, en atención a que el Formato RT-09 fue emitido legalmente, cumpliendo con todos los requisitos para su validez; además, tal cuestión no puede variarse ni analizarse en este juicio al constituir cosa juzgada.

En efecto, del contenido del propio documento denominado **certificado médico de invalidez por enfermedad, accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial; defunción por riesgo de trabajo (RT-09)** de fecha **diez de junio de dos mil quince**, con número de folio ***** se advierte que la parte actora tiene derecho a una pensión por **invalidez**, que, contrario a lo que aduce la empresa aseguradora en su escrito de contestación a la demanda, las pruebas ofrecidas por la actora, **sí acreditan fehacientemente el estado invalidante** a que se refiere la póliza de seguro en cuestión.

Pues contrario a lo señalado por la demandada el referido formato contiene el nombre y firma del responsable que expidió el mismo, según se observa, lo fue la doctora ***** con C.P. *****

responsable de la Subdelegación de prestaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; es decir, dicha documental (Formato RT-09), cumple con los requisitos para su validez, que establece el Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del citado Instituto.

“Artículo 105. Será obligación de los Subcomités supervisar, elaborar y remitir mensualmente al Comité los informes de productividad de los casos calificados por el Médico de medicina del trabajo, dictaminados, revaloraciones, inconformidades (tercerías), muertes, sentencias, laudos y los pendientes de dictaminar o valorar por riesgos del trabajo e invalidez.

Por lo que, todos los laudos y sentencias declaradas firmes por la autoridad jurisdiccional competente, sin excepción o demora deberán ser revisados minuciosamente, cumplimentados, sancionados y avalados de acuerdo a sus alcances legales, por los Subcomités, tratándose de incapacidades parciales, totales o invalidez.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

En estos casos, corresponderá al Médico de medicina del trabajo de la Subdelegación de Prestaciones, requisitar los formatos RT-09 para validación de los Subcomités, además de efectuar los trámites subsecuentes hasta la total y definitiva culminación de los asuntos, con la responsabilidad de informar a las áreas Jurídicas, a fin de que éstas analicen el contenido del cumplimiento y la correcta aplicación de los alcances del fallo de mérito. Todo ello, a efecto que pueda comunicar al Tribunal o Juzgado que conozca del caso, el debido acatamiento a la condena respectiva. De lo anterior, mensualmente se deberá enviar un informe a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo para su conocimiento.”

En efecto, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, prevé como un derecho de los trabajadores al Servicio de las dependencias del Estado, el de obtener una pensión, entre otros supuestos, cuando se actualice una enfermedad o riesgo considerado como de trabajo (lo que puede dar origen a una incapacidad parcial o total) o una pensión por invalidez (ésta se da cuando los motivos que generaron ese estado son ajenos al trabajo que desempeña el asegurado), en términos de los artículos 56, 114 y 118 de la referida ley.

“Artículo 56. Para los efectos de esta Ley, serán reputados como riesgos del trabajo los accidentes y enfermedades a que están expuestos los Trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo.

Se considerarán accidentes del trabajo: toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, la muerte o la desaparición derivada de un acto delincuencia, producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cuales quiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquéllos que ocurran al Trabajador al trasladarse directamente de su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.

Asimismo, se consideran riesgos del trabajo las enfermedades señaladas por las leyes del trabajo.

administración pública federal, derivados del contrato celebrado entre la aseguradora demandada y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Delegación Durango, Secretaría de Educación Pública, **para que el pago de la indemnización por incapacidad procediera, sería indispensable que ésta fuera total y no parcial**, puesto que en la póliza relativa así se estipuló; en esas circunstancias sería importante que en el **formato RT-09**, se especificara con toda claridad si la incapacidad es de tipo parcial o total.

Empero, tratándose de la **invalidéz** prevista en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las condiciones para su reclamación son distintas desde su propio origen, puesto que el estado de invalidez, deriva de causas ajenas a la actividad laboral de la persona, es decir, no son constituidos riesgos de trabajo, por tanto, si bien es cierto, que al acontecer este supuesto el trabajador obtiene una pensión de **invalidéz**, también se debe de afirmar que es en condiciones menos favorables que la pensión por incapacidad derivada de un riesgo de trabajo.

Incluso, para su actualización se atienden circunstancias particulares tales como la afectación en la obtención de cierto porcentaje de remuneración, debido a la disminución en sus facultades o habilidades para desarrollar su trabajo, y los años de cotización al Instituto.

De cumplirse con estos requisitos y los demás previstos en la norma, el instituto emite un dictamen en el que especifica si el trabajador se encuentra o no, en un estado de invalidez, es decir, **no existe la posibilidad de obtener un**



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

formato RT-09, en donde se pueda especificar que existe un grado de invalidez de tipo parcial, como sí acontece en las incapacidades derivadas de los riesgos de trabajo.

Lo anterior se afirma dado que del artículo 118 de la Ley en comento no se advierte la posibilidad de declarar una invalidez de tipo parcial, incluso en el artículo 4, fracción XXXIII, del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se indica que no existe una invalidez parcial.

“Artículo 4. Para los efectos de este Reglamento se entenderá por:

(...)

XXXIII. Invalidez: Cuando el trabajador activo, haya quedado imposibilitado para procurarse mediante un trabajo igual, una remuneración igual al cincuenta por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad, derive de una enfermedad o accidente no profesional; (...)”

Por otra parte, con el objeto de corroborar las afirmaciones antes vertidas en el sentido de que no existe grado de invalidez parcial, de los artículos 58, 61, 68 y 69 del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se pone de relieve **que la invalidez es considerada como un estado físico que se traduce en la pérdida definitiva de la capacidad de trabajo debido a una disminución notable de la salud del individuo;** es decir, lo anterior puede válidamente equipararse a la disminución ocasionada por la incapacidad

“Artículo 58. La invalidez es un estado físico que se traduce en la pérdida definitiva de la capacidad de trabajo debido a una disminución notable de la salud en la persona, ocasionada por una enfermedad de tipo general o accidente no profesional.

La declaración de invalidez será pronunciada invariablemente por el Comité. Una vez declarada la invalidez del Trabajador, ésta dará el derecho a obtener la pensión que corresponda en términos de ley y de los reglamentos respectivos.

Asimismo, deberá fundamentar su (s) diagnóstico (s) anotado en formato RT-09, con estudios auxiliares de diagnóstico actualizados y debidamente identificados y autorizados.

a) Al Trabajador vía oficio, a fin de que inicie el trámite para la baja laboral con motivo de la invalidez dictaminada y trámite pensionario, entregándole para tales efectos, el original del formato RT-09 y copias originales de la Aseguradora, así como del interesado, el cual tendrá vigencia de dos años calendario, contados a partir de la fecha de su aprobación;

Artículo 69. Si el Comité resuelve negar el estado de invalidez, la Subdelegación de Prestaciones deberá notificar la resolución respectiva en el plazo de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que reciba la resolución, a las siguientes instancias:



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

a) Al Trabajador, se deberá notificar la resolución correspondiente, con el objeto de que se reincorpore a sus actividades laborales y en su caso, inicie el procedimiento del recurso de inconformidad, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el presente reglamento; (...)."

Asimismo, según el reglamento citado se advierte que el médico tratante en la primera valoración médica o cualquier momento advierte una patología que considere invalidante y que no ofrezca alternativa de mejora, estará obligado a emitir el formato RT-09, en el que declarará la invalidez, nótese que el reglamento en esta parte tampoco hace alusión a una posible invalidez permanente.

Además, queda claro, de los preceptos legales en comento, que la determinación emitida por el comité de medicina del trabajo, órgano encargado de resolver en definitiva si procede o no declarar el estado de invalidez, deberá notificar dicha resolución para que en caso de que se declare la misma el trabajador proceda a la solicitud de su baja laboral y reciba su pensión, y en aquellos casos en que se declare la no invalidez, se reincorpore a su trabajo, de lo anterior se confirma de igual forma que no existe posibilidad jurídica para declarar una invalidez parcial.

Luego, si como ya se explicó, **no existe la posibilidad de emitir un formato RT-09, que declare el estado de invalidez parcial del trabajador**; en consecuencia, es claro que el referido formato es apto para demostrar el siniestro amparado en la póliza institucional, atinente a la incapacidad total y permanente o invalidez o incapacidad permanente.

***** ** ***** *

***** **

cumplimiento a un laudo, esto fue en razón de que tal resolución **debe ser cumplida, al ser además emitida por autoridad competente para ello, y dentro del procedimiento correspondiente**, en el cual también, se les dio la intervención legal a las partes.

Por lo tanto, los argumentos vertidos por la demandada en el sentido de que el formato RT-09 que anexa la parte actora es inválido por no ser emitido conforme al procedimiento establecido en el reglamento al no agotar previamente el trámite ahí establecido conforme a la **contradicción de tesis 4/2018**, son **infundados**, toda vez que como ya se dijo con antelación, el formato RT-09 fue emitido conforme a los requisitos establecidos en el reglamento correspondiente; además, el referido criterio establece que antes de acudir a la vía jurisdiccional se tiene que agotar el procedimiento administrativo previsto en el artículo 124 del ya multireferido reglamento, por lo que la demandada en su caso, debió de defenderse o atacar la determinación decretada por la Junta Especial número 42 de la Federal de Conciliación y Arbitraje, con sede en esta ciudad, quien en vía jurisdiccional emitió laudo favorable del



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

cual derivó el **formato RT-09**.

Por tanto, la legalidad del formato en cuestión, no puede variarse ni analizarse en este juicio al constituir **cosa juzgada**, ya que no se aportó medio de prueba alguno, de la que se desprenda que se hubiera impugnado mediante el juicio de amparo directo, ese laudo; además de que la Junta correspondiente, se encuentra facultada para ejercitar actos materialmente jurisdiccionales y capacidad para hacer cumplir sus resoluciones, por ello, sus determinaciones tienen efectos legales dentro de este juicio en el que se reclame a la aseguradora, el cumplimiento y pago de un seguro por invalidez, al tratarse de un laudo dictado en un juicio obrero, en el que se condenó a esa institución de salud, al otorgamiento y pago a favor de la parte trabajadora, de una pensión de seguridad social, por considerar que demostró un estado de invalidez, cuestión ésta, que fue la que originó que dicho instituto expidiera el formato RT- 09.

En virtud de lo anterior, también debe acotarse que esa determinación no es cosa juzgada ni cosa juzgada refleja; pues ya quedó de manifiesto que las determinaciones emitidas en el indicado contradictorio laboral tienen efectos legales dentro de este juicio y constituyen cosa juzgada.

Finalmente, respecto a los argumentos en el sentido de que el formato RT-09 que anexa la parte actora es inválido por no ser emitido por el Comité correspondiente en términos de la **contradicción de tesis 216/2018**, no pueden ser atendidos en virtud de que la jurisprudencia 123/2018 derivada de la misma **ya no es obligatoria para este**

“INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO LA HACE CONSTAR (FORMATO RT-09) ES UNA RESOLUCIÓN DEFINITIVA IMPUGNABLE ANTE EL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA, SIEMPRE QUE OSTENTE LA APROBACIÓN DEL SUBCOMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO DE DICHO INSTITUTO [SUSTITUCIÓN DE LA JURISPRUDENCIA 2a./J. 123/2018 (10a.)]. De la interpretación integral de los artículos [2, 17, 18, 23 a 25, 27, 28, 42 y 72 del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado](#), vigente hasta el 24 de febrero de 2017, tratándose de accidentes acaecidos en el centro de labores o en el trayecto a éste, e inclusive cuando el trabajador se encuentre en el desempeño de una comisión, el instituto citado está obligado a examinar la profesionalidad del riesgo de trabajo, y una vez dictaminada su procedencia, debe declarar en qué situación médico laboral se colocó el trabajador a través de valoraciones médicas trimestrales, las cuales no habrán de rebasar el plazo de un año contado a partir de que ese organismo de seguridad social tenga conocimiento del riesgo o a partir de que emita la primera licencia médica. Ahora bien, una vez agotado el periodo anual, el instituto debe otorgar una incapacidad parcial o total permanente, o bien, determinar la ausencia de secuelas que permitan la reincorporación del trabajador a su centro de trabajo, pero en cualquier caso fijará el estatus médico laboral del trabajador en forma definitiva en el formato RT-09, que llenan tanto el personal médico especializado, como las autoridades a quienes compete validarlo, en el caso de una incapacidad parcial permanente al Subcomité de Medicina del Trabajo, quienes en un plazo no mayor a 60 días naturales deberán decidir en definitiva sobre la negativa de la incapacidad o del grado de disminución órgano-funcional del trabajador, conforme a la tabla de valuación del artículo [514 de la Ley Federal del Trabajo](#). Lo anterior, sin perjuicio de que en los supuestos en que el médico tratante, al practicar la primera valoración médica, encuentre que se produjo una patología clínicamente irreversible o que no ofrezca alternativa de mejoría, por ejemplo, cuando hubo amputación o pérdida total o parcial de algún órgano, emitirá inmediatamente el certificado médico RT-09, hipótesis en la que no habrá que esperar el plazo anual para que el Subcomité mencionado pueda emitir la



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

decisión que valide ese diagnóstico y determine el grado de disminución órgano-funcional que porcentualmente proceda en el caso de una incapacidad parcial. En consecuencia, para los efectos de la promoción del juicio contencioso administrativo ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, cuando se demande la invalidez de la determinación conclusiva del instituto, sea porque el actor esté inconforme con el grado porcentual de incapacidad determinado o por cualquier otra causa, sólo procede el juicio cuando en dicho formato RT-09 conste que ya transcurrió el año, así como la aprobación o negativa del Subcomité de Medicina del Trabajo de la declaración de incapacidad parcial del asegurado, exceptuando el supuesto en el que antes de que transcurra tal plazo el daño se considere como irreversible o no ofrezca posibilidad alguna de recuperación, pero siempre a condición de que se haya validado definitivamente ese diagnóstico.

Solicitud de sustitución de jurisprudencia 3/2021. Pleno en Materia Administrativa del Primer Circuito. 11 de agosto de 2021. Cinco votos de los Ministros Alberto Pérez Dayán, Luis María Aguilar Morales, José Fernando Franco González Salas, Javier Laynez Potisek y Yasmín Esquivel Mossa. Ponente: José Fernando Franco González Salas. Secretaria: Gabriela Zambrano Morales.

Tesis y criterio contendientes:

Tesis XIV.P.A.1 A (10a.), de rubro: "**INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO LA HACE CONSTAR (FORMATO RT-09), ES UNA RESOLUCIÓN DEFINITIVA IMPUGNABLE ANTE EL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA FISCAL Y ADMINISTRATIVA.**", aprobada por el Tribunal Colegiado en Materias Penal y Administrativa del Décimo Cuarto Circuito y publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XV, Tomo 2, diciembre de 2012, página 1372; y,

El sustentado por el Vigésimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, al resolver la revisión administrativa 298/2017 y el amparo directo 771/2017.

Nota:

Tesis sustituida

Tesis de jurisprudencia 2a./J. 123/2018 (10a.), de título y subtítulo: “**INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO LA HACE CONSTAR**”

Tesis de jurisprudencia 8/2021 (11a.). Aprobada por la Segunda Sala de este Alto Tribunal, en sesión privada del uno de septiembre de dos mil veintiuno.

Esta tesis jurisprudencial se publicó en el Semanario Judicial de la Federación del viernes 29 de octubre de 2021 a las 10:39 horas y, por ende, se considera de aplicación obligatoria a partir del día hábil siguiente, 3 de noviembre de 2021, para los efectos previstos en el punto noveno del Acuerdo General Plenario 1/2021, por lo que a partir de esas mismas fecha y hora, y con motivo de la resolución de la solicitud de sustitución de jurisprudencia 3/2021, **ya no se considera de aplicación obligatoria la diversa 2a./J. 123/2018 (10a.)**, de título y subtítulo: "INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO LA HACE CONSTAR (FORMATO RT-09) ES UNA RESOLUCIÓN DEFINITIVA IMPUGNABLE ANTE EL TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA, SIEMPRE QUE OSTENTE LA APROBACIÓN O NEGATIVA QUE DEBE EXPRESAR, EN CUALQUIER CASO, EL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO DE DICHO INSTITUTO.", derivada de la contradicción de tesis 216/2008, publicada en el Semanario Judicial de la Federación del viernes 7 de diciembre de 2018 a las 10:19 horas y en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 61, Tomo I, diciembre de 2018, página 575, con número de registro digital: 2018680."

78

Antes bien, debe entenderse que la vigencia a que hace referencia el mencionado reglamento tiene relación directa con los trámites administrativos que debe realizar la parte actora como trabajadora ante el mismo instituto de seguridad, en especial, el trámite para la baja laboral por concepto del estado invalidante; así como, el de su pensión a que hacen referencia los artículos 55 y 68 del citado ordenamiento.

Es decir, contrario a lo afirmado por la aseguradora demandada, **el formato RT-09 no pierde valor probatorio para exigir el cumplimiento del contrato de seguro, pasados los seis meses o dos años a que se refiere el citado artículo.**

De ahí, lo **infundado** de los argumentos vertidos por la institución demandada al respecto.

Por otro lado, la demandada también opone **las excepciones** de **Falta de valor probatorio del documento expedido por el ISSSTE con número de folio ***** correspondiente al formato RT-09 Trámite de Invalidez Gratuito por ilicitud del documento y del procedimiento laboral**; que esencialmente se fundan en que, tanto **la pericial** médica, como el **laudo** que dieron origen al certificado RT-09 en la que el actor basa su acción, se encuentran viciados de nulidad por ilicitud en las citadas actuaciones.

Afirma la enjuiciada, que lo anterior se desprende de la declaración de la imputada ******* **** ***, asentada en la carpeta de investigación número *********, ante la Fiscalía General de la República, Célula I-5 Torreón; así como, de la audiencia



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

inicial de diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés, celebrada en el Centro de Justicia Penal Federal en el Estado de Coahuila de Zaragoza, con sede en Torreón, en la causa penal ***** , en la que se dictó auto de vinculación a proceso en contra de ***** y ***** ***** , por su probable participación en el delito de Fraude, de la que se observa que se realizó la inspección a más de cuarenta y seis expedientes laborales radicados en la Junta Federal número cuarenta y dos.

Agrega que, no debe pasar desapercibido que el laudo del que se desprende el formato RT-09 con folio ***** está afectado de nulidad por ilicitud, pues de la citada causa penal se advierte que están siendo investigados todos los laudos en los que participaron dichas licenciadas.

Excepciones que, a criterio de quien aquí resuelve se consideran **infundadas**, en razón de que, las personas en contra de quienes se están substanciado los procedimientos penales, de nombres ***** *****, ***** ***** y ***** ***** son ajenas a la presente Litis.

Además, respecto de ***** *****, no obra en autos constancia de que se emitiera resolución **de vinculación a proceso**; y, con relación a todas las personas mencionadas en el párrafo que antecede, debe decirse que, de los argumentos de la demandada, las constancias relativas a la referida carpeta de investigación y la continuación de audiencia inicial de diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés, se evidencia que dichos procedimientos penales no

han concluido con sentencia firme que constituya **cosa juzgada**.

Aunado a que, también se estima **infundada** la afirmación del reo en el sentido de que, el laudo del que deriva el formato RT-09 con folio ***** es nulo por ilicitud; puesto que, a su parecer, en la causa penal *****, están siendo investigados todos los laudos en los que participaron las licenciadas ***** y ***** por su probable participación en el delito de Fraude.

Ello, en razón de que, contrario a lo afirmado por la enjuiciada, de la continuación de la audiencia inicial de **diecinueve de diciembre de dos mil veintitrés**, emitido por el Juez de Distrito adscrito al Centro de Justicia Penal Federal en el Estado de Coahuila de Zaragoza, con sede en Torreón, en su carácter de Juez de Control, se observa que la vinculación a proceso a que se hace referencia se sustentó, entre otros datos de prueba, en los siguientes:

- 118 formatos RT-09 que son trámite de invalidez gratuito en los cuales se señala que es un certificado médico de invalidez por enfermedad, accidente, ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial de función por riesgo de trabajo; en dicho formato se desprende la identificación del trabajador, la relación laboral del mismo y en el apartado 5.4 dice “dictamen de conformidad con el laudo emitido por la Junta Especial número 42 de la Federal de Conciliación y Arbitraje”, el número del expediente laboral, la fecha de la resolución, en la cual señala que se resuelve que condena al ISSSTE qué reconozca al actor (señalado en cada



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

uno el nombre del actor) que tiene un estado de invalidez; dichos formatos se encuentran firmados por la Doctora ***** ***** ***** *****.

- Oficio de investigación criminal con terminal ***** , de veintiocho de junio de dos mil veintidós, el cual se encuentra elaborado por la policía federal ministerial ***** ***** ***** , quien remite diversas inspecciones que se realizaron a los cuarenta y seis expedientes laborales radicados en la Junta Federal número 42, en los cuales son siete inspecciones en diferentes fechas y da fe de la existencia de los mismos, enlistando ciento veintiocho expedientes con sus respectivos actores.

En ese sentido, de los invocados datos de prueba, así como, en ninguno de los otros cuarenta y cinco que se relacionan en la continuación de audiencia señalada, se advierte se haga referencia al accionante del presente juicio.

Así mismo, la enjuiciada hizo valer la **excepción Derivada de la contravención al artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (La obscuridad de la demandada)**, la cual resulta **improcedente**, conforme a las consideraciones siguientes.

La parte demandada aduce que el actor se abstiene de señalar en la demanda la fecha precisa en que conoció de la de la invalidez física que le afectó, lo que resulta necesario para que se pueda resolver debidamente sobre la

procedencia del pago de la póliza reclamada en cumplimiento con el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Agrega la enjuiciada, que la parte actora omite señalar el momento exacto en el que iniciaron los síntomas de la enfermedad que trajo como consecuencia la invalidez declarada en el laudo, emitido por la Junta Especial número 42 de la Federal de Conciliación y Arbitraje en el expediente *********, lo que debe tomarse en cuenta para el cómputo de una posible prescripción, pues los primeros síntomas que el asegurado tuvo de su invalidez no le eran desconocidos, es decir, son derivados de una preexistencia, o en su caso el primer diagnóstico o dictamen, lo que aconteció cuando el asegurado solicitó tal declaración en el Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado.

Por lo que, afirma que el actor actuó de mala fe y con falta de honestidad, al haber ocultado la información de su estado de salud en el momento que conoció del mismo; y, por tanto, debe ser absuelta de las prestaciones reclamadas.

Dicha excepción se **estima infundada** porque en el caso **no está justificada la preexistencia** de un padecimiento en los términos alegados por la enjuiciada.

En primer lugar, como marco normativo se invocan los artículos 1, 8, 9, 10, 20, 47, 66, 67, 68, 69 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, que disponen lo siguiente:

“Artículo 1º.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.”

“Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

“Artículo 20.- La empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes. La póliza deberá contener:

1.- Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;

II.- La designación de la cosa o de la persona asegurada;

III.- La naturaleza de los riesgos garantizados;

IV.- El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;

V.- El monto de la garantía;

VI.- La cuota o prima del seguro;

VII.- En su caso, la mención específica de que se trata de un seguro obligatorio a los que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley, y

VIII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.”

“Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

“Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituído a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.”

“Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.”

“Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.”

“Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

“Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.”

del contra
ma, a res
verificarse
asegurado
l cubrirse
a prestació
do y, en
nar la ac
dora esté
e su re

...echos importantes que influyen en el desarrollo de la cultura, al no haberse establecido una tradición de celosía escrita,

to de cel
escrito,
hechos
condiciones co

rdinal 47
que cual
os al con
para ten
cuando, ta



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

En función de lo anterior, la aseguradora en términos del artículo 69 de la citada ley, tendrá derecho a exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información relacionada con los hechos del siniestro y por la cual puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Con base en lo anterior, en el presente caso es indispensable saber si el actor previo a ser asegurado tenía alguna enfermedad de tipo crónico o degenerativo, toda vez que resulta un hecho que pudiera influir en la realización del riesgo.

La finalidad de que el proponente, su representante o el beneficiario del seguro proporcione a la empresa aseguradora todos los hechos que pueda influir en la realización del riesgo es que la aseguradora conozca la factibilidad de que aquel se produzca ya que de ello dependerá las condiciones en que se contratara el seguro.

Por otra parte, en relación con la carga probatoria, debe precisarse que de conformidad con el artículo 1194 del Código de Comercio, el que afirma está obligado a probar; de ahí que, por regla general, la parte actora debe probar su acción y la aseguradora demandada sus excepciones y defensas.

Cobra aplicación al caso, en lo conducente, la tesis I.11o.C.35 C (10a.) emitida por el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima

“SEGUROS. EL BENEFICIARIO, POR REGLA GENERAL, DEBE ACREDITAR LA EXISTENCIA DEL CONTRATO, QUE OCURRIÓ EL SINIESTRO AMPARADO POR LA PÓLIZA Y QUE DIO AVISO OPORTUNO A LA ASEGURADORA; DE MANERA QUE SI ÉSTA ADUCE QUE LAS CAUSAS POR LAS QUE NO INDEMNIZÓ ESTÁN JUSTIFICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO, LE CORRESPONDE EXHIBIRLAS. Al resolver la contradicción de tesis 233/2011, la Primera Sala del Alto Tribunal, emitió la jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.) de rubro: “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.”; en cuya ejecutoria reiteró el criterio en que consideró que el artículo 36, fracción IV, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros contiene el principio de información que rige las actividades y operaciones de dichas instituciones, en protección de los intereses del público usuario de sus servicios, que les impone la obligación de informar en forma clara y precisa todo lo relativo a sus productos y los contratos de seguro que celebren, incluyendo los derechos y obligaciones de las partes. Que de conformidad con dicho precepto, cuando la aseguradora recibe una reclamación, debe informar con precisión si procede o no el pago de la suma asegurada, y las razones por las cuales no proceda, en su caso, haciendo referencia específica a las condiciones, exclusiones, limitaciones, pagos de deducibles y cualquier otra modalidad que sea aplicable en los términos de la póliza y las condiciones generales del seguro; y que, si se reclama el pago del seguro por haber ocurrido el siniestro, la carga de la prueba del asegurado, contratante, o beneficiario de la póliza se reduce a acreditar: a) la existencia del contrato de seguro; b) la materialización del riesgo amparado por la póliza; y, c) que dio aviso oportuno a la aseguradora; en este sentido, si la aseguradora aduce que las causas por las que no pagó por el siniestro están justificadas en las condiciones generales del contrato de seguro, de conformidad con el artículo 1194 del Código de Comercio y los artículos 20, 23 y 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, corresponde a la aseguradora exhibir dichas condiciones generales, pues la negativa del pago por actualizarse



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

algún supuesto previsto en las condiciones generales del contrato de seguro, como las omisiones o falsas declaraciones del asegurado en la contratación, ello constituye el sustento de su excepción y, por tanto, es su carga exhibir dichas condiciones generales.”

*DÉCIMO PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL
DEL PRIMER CIRCUITO.*

Amparo directo 325/2013. Seguros BBVA-Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA-Bancomer. 27 de junio de 2013. Unanimidad de votos. Ponente: Indalfer Infante Gonzales. Secretario: Eduardo Jacobo Nieto García.

Nota:

Este criterio ha integrado la jurisprudencia I.110.C. J/1 C (11a.), publicada en el Semanario Judicial de la Federación del viernes 12 de noviembre de 2021 a las 10:23 horas y en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Undécima Época, Libro 7, Tomo IV, noviembre de 2021, página 3238, de título y subtítulo: "SEGUROS. SI SE RECLAMA EL PAGO DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE POR HABER OCURRIDO UN SINIESTRO, LA CARGA DE LA PRUEBA DEL ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO SE REDUCE A ACREDITAR LA EXISTENCIA DEL CONTRATO, LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO EN AQUÉLLA Y QUE DIO AVISO OPORTUNO A LA ASEGURADORA, DE MANERA QUE SI ÉSTA ADUCE QUE LAS CAUSAS POR LAS QUE NO INDEMNIZÓ ESTÁN JUSTIFICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO, LE CORRESPONDE EXHIBIRLAS."

La jurisprudencia 1a./J. 7/2011 (10a.), así como la parte conducente de la ejecutoria relativa a la contradicción de tesis 233/2011 citadas, aparecen publicadas en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro IV, Tomo 3, enero de 2012, páginas 2655 y 2610, respectivamente.”

En el caso concreto, la aseguradora demandada sostiene una posible prescripción de la reclamación del siniestro, ante la falta de manifestación del asegurado de su real condición física, en el momento preciso en que se enteró de la misma, u obtuvo su primer dictamen, pues afirma que **éste se abstuvo de señalar la fecha precisa en que iniciaron los síntomas de la enfermedad** que trajo como consecuencia la invalidez

física que le afectaba, pues dice que los primeros síntomas que el asegurado tuvo de su invalidez no le eran desconocidos, porque derivan de una preexistencia, y por tanto debe de tomarse en consideración para el cómputo de la aludida posible prescripción.

De la anterior afirmación, se desprenden dos hechos relevantes y específicos que la aseguradora debe demostrar para justificar su excepción, en términos del artículo 1194 del Código de Comercio, a saber:

1. Que al momento de celebrar el contrato de seguro amparado por las pólizas ***** y *****, y de la individual ***** conocía de los síntomas que tuvo de su invalidez, o en su caso, el primer diagnóstico o dictamen que omitió informar.

2. Que al contestar los cuestionarios que la aseguradora formula como requisito previo para efectuar la contratación del seguro materia de este juicio, el accionante, omitió informar tener un diagnóstico preexistente.

De demostrarse esos extremos, se actualizarían las causas de rescisión del contrato y de extinción de la obligación, contenidas, respectivamente, en los artículos 47 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

Ahora bien, de las constancias de autos se obtiene que los dos hechos antes expuestos **no se encuentran acreditados** de conformidad con las siguientes consideraciones.

contrato de seguro registrado bajo las pólizas ***** y
*****, conocía de los síntomas que originaron su
invalidez, o en su caso, el primer diagnóstico o dictamen,
omitiendo informarlo; así como tampoco que, al contestar los
cuestionarios formulados por la aseguradora demandada, la
accionante, haya omitido informar tener un diagnóstico
preexistente.

En efecto, si bien de dichos documentos se puede
advertir la existencia de la relación contractual entre las
partes; la reclamación realizada por el actor ante la
aseguradora y los documentos que exhibió para tal efecto; los
trámites realizados por la actora para obtener el
reconocimiento de invalidez por parte del Instituto de
Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado;
la existencia de una causa penal radicada ante el Juez de
Distrito adscrito al Centro de Justicia Penal Federal en el
Estado de Coahuila de Zaragoza, con sede en Torreón, en el
que se tiene como imputadas a ***** y *****
***** ; así como, la declaración ministerial de la
imputada Yolanda Alba Soto, asentada en la carpeta de
investigación número *****, ante
la Fiscalía General de la República Célula I-5 Torreón.

Sin embargo, también lo es que, de ellos no se obtiene
que la parte actora conociera los síntomas que originaron que
el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado le reconociera un estado de
invalidez, o en su caso, que el primer diagnóstico o dictamen,
se hubiera realizado o emitido previo a que fuera asegurada y
formara parte de la colectividad amparada en la póliza
institucional base de la acción, omitiendo informarlo así a la
aseguradora; así como, tampoco, que al contestar los

“PAGO O CUMPLIMIENTO. CARGA DE LA PRUEBA.
El pago o cumplimiento de las obligaciones corresponde demostrarlo al obligado y no el incumplimiento al actor.”

En esa tesitura, al no advertirse que el elemento en cuestión se refiera a un hecho positivo que constituya una condición necesaria para la procedencia de la acción, se estima que la parte actora justificó el último de los extremos constitutivos de la acción que ejercita, y con ello la procedencia de la misma.

Alegatos. No pasan inadvertidos para este órgano jurisdiccional, los **alegatos formulados por las partes**, en la audiencia de juicio celebrada en autos; sin embargo, dichas manifestaciones únicamente se limitan a reiterar los argumentos que del mismo modo fueron expuestos en la demanda y en la contestación a la demanda, respectivamente; aspectos que ya fueron atendidos en la presente sentencia en relación con las pruebas aportadas.

En otro orden, respecto a la **excepción de oscuridad de la demanda**, por lo que hace a la misma, es **infundada**, por lo que, debe establecerse que en términos de lo previsto por el artículo 322, fracción III, del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria del Código de Comercio, conforme el numeral 1390 Bis 8, en la demanda se expresarán los hechos en que la actora funde su petición, narrándolos sucintamente, con claridad y precisión, con el propósito de que el demandado pueda producir su contestación y defensa.

Sustenta lo anterior, la jurisprudencia, 1a./J. 63/2003, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XIX, Marzo 2004, página 11, registro: 181982, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que dice:

“DEMANDA. LA OBLIGACIÓN DE EXPRESAR LOS HECHOS FUNDATORIOS DE LA ACCIÓN, SE CUMPLE CUANDO EL ACTOR HACE REMISIÓN EXPRESA Y DETALLADA A SITUACIONES, DATOS O A LOS CONTENIDOS EN LOS DOCUMENTOS ANEXOS A ELLA (LEGISLACIÓN DE LOS ESTADOS DE SONORA Y PUEBLA). Si bien es cierto que los artículos 227, fracción VI, del Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Sonora y 229, fracción V, del Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano del Estado de Puebla, de aplicación supletoria a los juicios mercantiles, establecen el imperativo de que en la



JUZGADO DE DISTRITO EN MATERIA MERCANTIL FEDERAL EN LA LAGUNA,
CON RESIDENCIA EN TORREÓN, COAHUILA DE ZARAGOZA

Juicio Oral Mercantil 528/2024-D

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

demanda se expresen con claridad y precisión los hechos en que se sustente la acción que se ejercite, también lo es que tal obligación se cumple cuando el actor hace remisión expresa y detallada a situaciones, datos o hechos contenidos en los documentos exhibidos junto con la demanda, aun cuando éstos constituyan base de la acción, pues con esa remisión, aunada al traslado que se le corre con la copia de ellos, la parte demandada tendrá conocimiento de esos hechos para así preparar su defensa y aportar las pruebas adecuadas para desvirtuarlos.”

En otras palabras, la demanda y desahogo de prevención formulados en los términos expresados por la parte actora, le permitió a la demandada dar contestación sobre cada uno de los hechos narrados en la misma, además, ofrecer pruebas para controvertir la acción, de manera que al contrarrestar lo solicitado por su contraria, es obvio que entendió el contenido y alcance de la demanda entablada en su contra; por tanto, se advierte que no se impidió una adecuada defensa de la parte demandada, tan es así que hizo valer las excepciones y defensas ya analizadas.

Finalmente, no pasa inadvertido para este juzgador, lo argumentado en el **desahogo de la vista de la contestación de la demanda**, relativo a que el **segundo párrafo de la cláusula quinta** que cita la demandada, al generar confusión respecto de los derechos del asegurado, **es evidente que ésta se torna en una cláusula abusiva** y además ilegal, pues contraviene las normas que rigen el seguro institucional, por lo que, se debe hacer prevalecer lo que más beneficia a la parte asegurada.

Se estima que dicha premisa que **no se justifica** en el caso concreto.

por la Co
los Usuar
io Oficial c
s mil cato
presentes
or:
quier estipu
Contratos
sas de inte
implique la
nanciera y
obligacione
uario, de
ERA de
salvo que
s;
as socieda
dades finan
nación cre
fondos
to, uniones
uros, socie
e fianzas,
ENSIONIS.
latos nacie
del Fondo
sociedade
des finan
tarias, y
porización d
de la Co
misión Na
cional del S
e y funcio
nciero a lo

presentes
or: _____
quier estipu
Contratos
sas de inte
implique la
nanciera y
obligacione
suario, de
ERA de
salvo que
s;

salvo que
s;
as socieda
dades finan
nación cre
fondos
o, uniones
uros, socie
e fianzas,
ENSIONIS
latos naci
del Fondo
sociedade

atos naci
del Fondo
sociedade
des financ
tarias, y
porización d
de la Co
misión Na
cional del S
e y funcio
anciero a l

anciero a lo





PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

I. En cualquier tipo de Contratos de Adhesión, cuando:

a) Limiten injustificadamente el ejercicio de los derechos del Usuario;

$$(\dots)$$

IV. En contratos de Crédito Simple, en Cuenta Corriente o Revolventes, cuando:

a) Establezcan el cargo de adeudos vencidos en cuentas de depósito, sin que se indique el plazo en el que se realizará el cargo ni el saldo por el cual se hará el cargo;

b) Establezcan la autorización irrevocable para cargar las parcialidades del crédito en cualquier cuenta de nómina o de depósito a nombre del Usuario contratada con otra Institución Financiera;

c) Establezcan que el acreditado debe avisar con antelación a la Institución Financiera la realización de un pago anticipado total o parcial del crédito;

d) Establezcan que los pagos anticipados o adelantados se aplican a discreción de la Institución Financiera;

e) *Restrinjan o limiten la disposición de saldos existentes en las cuentas de depósito que el acreditado tenga abiertas con la Institución Financiera, mientras el crédito esté vigente, excepto cuando los recursos depositados en la cuenta se hubiesen otorgado en garantía;*

f) Establezcan que la acreditación del pago con cheque será hasta el momento en que la Institución Financiera dé por cumplido el pago, sin determinar una fecha cierta, o

g) Establezcan como causal de vencimiento anticipado el incumplimiento de otros créditos celebrados con un tercero ajeno al grupo financiero.

V. En contratos de Depósito a la Vista o Cuentas de Ahorro, cuando:

a) Establezcan el cargo de adeudos vencidos, sin que se indique el plazo en el que se realizará el cargo ni el saldo por el cual se hará el cargo;

b) Establezcan la autorización expresa del Usuario para cargar en su cuenta de depósito, el saldo de los créditos u

c) Establezcan que el pago de cualquier adeudo será garantizado por la cuenta de depósitos y por las cantidades depositadas en ella, para que la Institución Financiera pueda restar de sus depósitos, sin necesidad de aviso previo, las cantidades vencidas y no pagadas, salvo que se trate de prenda en efectivo prevista en el artículo 336 Bis de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito;

e) Establezcan el traspaso de la cuenta del Usuario a otra Institución Financiera sin previo aviso.

a) En el caso de pólizas individuales, se condicione la indemnización de un siniestro procedente ocurrido durante la vigencia de la póliza a que la póliza se encuentre vigente al momento de la reclamación.

a) Limitan la continuidad de la cobertura de fallecimiento, cuando hayan procedido los beneficios adicionales de accidentes o invalidez, siempre y cuando para dichos beneficios se haya pagado una prima independiente, y no sean alternativos, o

VIII. En contratos de seguro de accidentes personales, cuando:

a) Excluyan de los seguros que amparan muerte accidental, la que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo de delito, o no sea el provocador, o

no puesta, porque introduce cargas desproporcionadas entre las partes y resulta violatoria de derechos humanos; asimismo, en su párrafo 103, que doctrinariamente, las cláusulas de un contrato de adhesión se definen como abusivas a partir de tres elementos: a) el elemento subjetivo, relativo a que las partes que lo celebran son, por un lado consumidores y usuarios, y por el otro, empresarios o entidades proveedoras de bienes y servicios; b) el elemento objetivo, que se refiere a que estas cláusulas causen un desequilibrio de derechos u obligaciones en perjuicio del consumidor; y c) el elemento formal, que alude a la predisposición de un clausulado previo a la formalización del contrato, en las que el consumidor no ha podido influir en su contenido ni negociarlas individualmente.

En el caso, la parte actora aduce que el **segundo párrafo de la cláusula quinta** de las Condiciones Generales del contrato de seguro reclamado constituye una cláusula abusiva e ilegal porque contraviene las normas que rigen el seguro institucional.

Sin embargo, quien aquí resuelve considera que no se actualizan los elementos para considerar que se está en presencia de una cláusula abusiva en las condiciones generales del seguro, porque en dicho apartado no se advierte que cause un desequilibrio de derechos u obligaciones en perjuicio del consumidor, **sino que constituye una precisión de la cobertura pactada acorde a los conceptos salariales que ahí se establecieron**, y que, como ya se destacó, **son congruentes con lo previsto en el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal**, lo que de ninguna manera introduce una

07 sueldos compactados, al no tratarse de una cláusula abusiva o ilegal, pues, como se destacó en párrafos precedentes, no contraviene las normas que rigen el seguro institucional, antes bien, se estima congruente con el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Sin que obste a lo anterior, la condena decretada al analizar el tercer elemento de la acción, debido a que, aquella derivó de la omisión de la aseguradora demandada de cumplir con la obligación de verificar que las percepciones aducidas por el actor en su demanda mercantil no forman parte de la percepción ordinaria, conforme a la información contenida en los recibos de pago; ello, de acuerdo a la cláusula quinta de las condiciones generales que rigen la póliza base de la acción.

7. Conclusión. En ese orden de ideas, lo procedente es **condenar a la parte demandada**, al cumplimiento total del contrato de seguro con pólizas institucionales básica y potenciada, que constituye el pago de la suma total de **\$2,716,107.76 (dos millones setecientos dieciséis mil ciento siete pesos 76/100 moneda nacional)**, que deriva de multiplicar **ciento ocho veces** la cantidad de *****
***** * *****
*** *****
***** *****; a virtud de que ya realizó el pago de la
***** cantidad de ***** ***** *****
***** ***** *****.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

***** , por concepto de C.I.T. Cobertura de invalidez total.

8. **Indemnización por mora y pago de interés moratorio de las pólizas institucional e individual.** Asimismo, resulta procedente condenar a la demandada al pago de la **indemnización por mora** respecto de las pólizas en reclamo **institucional e individual**, a que se refiere el artículo 276, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que se cuantificará en ejecución de sentencia, en la inteligencia de que se tomará en cuenta que la obligación de pago a cargo de la demandada se encuentra vencida desde el **dieciocho de octubre de dos mil quince**, día siguiente en que transcurrieron los **treinta días** con que contaba la aseguradora para dar respuesta a la actora de la solicitud de pago del siniestro, tal como se demuestra con las documentales ya valoradas.

Sustenta lo anterior, la jurisprudencia 1a./J. 5/2021 (11a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 6, Octubre de 2021, Tomo II, Undécima Época, página 1691, Materia Civil, **registro 2023630**, de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que dice:

“INDEMNIZACIÓN POR MORA EN CONTRATOS DE SEGURO. PROCEDE ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE LA ASEGURADORA, AUNQUE NO SE HAYA RECLAMADO COMO PRESTACIÓN EN LA DEMANDA DE ORIGEN (ARTÍCULO 276, FRACCIÓN VII, DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS).

Hechos: Los Tribunales Colegiados de Circuito contendientes analizaron si procede la condena de indemnización por mora a cargo de una institución de seguros ante el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, aunque tal indemnización no

Criterio jurídico: La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determina que en el supuesto en que se condena a una institución de seguros con motivo de la reclamación del incumplimiento de obligaciones asumidas en el contrato de seguro, dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, resulta procedente la condena al pago de la indemnización por mora, aun cuando no se haya reclamado como prestación en la demanda de origen, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 276, fracción VII, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Lo anterior es así, ya que conforme a lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la demandada contaba con un plazo de **treinta días**, a partir de la fecha en que recibió los documentos e informaciones que



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

le permitieron conocer el fundamento de la reclamación, para realizar el pago de la indemnización correspondiente.

Ahora bien, si la demandada no dio respuesta a la actora o no le informó, sobre la procedencia o improcedencia de su reclamación, la cual fue presentada el **dieciocho de septiembre de dos mil quince**, a partir del **dieciocho de octubre de dos mil quince**, venció la obligación de pago a su cargo, en virtud de que la demandada no externó su intención de realizar o no el pago del seguro base de la acción.

De igual forma, resulta procedente condenarse a la demandada al **pago de los intereses**, conforme a lo dispuesto en el artículo 276, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que dice:

“Artículo 276. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento (...)"

9. Pronunciamento respecto de la acción

Estudio de la acción reconvencional. La controversia

Sin embargo, antes de determinar los posibles

Para ello, debe precisarse que la promotente en el



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

“2.2.1 BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT).

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.”

Valorada tal cuestión, así como la pretensión ejercida, se obtiene que ésta no constituye por sí misma una acción, sino más bien una excepción, pues su finalidad primordial en realidad es contrarrestar la procedencia de la acción principal reclamada en el presente asunto, sin el deseo de obtener una prestación o condena propiamente dicha.

Es decir, dicha obligación pactada en la cláusula 2.2.1 de las Condiciones Generales Met-99 (documento base) es uno de los muchos supuestos de excepción de pago que la aseguradora demandada puede interponer al dar contestación a la demanda en la acción principal, tal y como lo hizo valer el promovente al responder la demanda instaurada en contra de su representada.

Sin embargo, no pasa inadvertido para este juzgador que la parte demandada reconvenzional (actor principal) al dar contestación a la demanda en el hecho tercero refiere que es falso lo manifestado por la actora reconvenzional, en virtud de que **el beneficio de exención de pago de primas de invalidez total y permanente** no fue contratado por él.

que es in
a a la a
sigo, pues
o individual
a reconve

scribir un c
ara que
o cumple
11, fracció
e un objet

proceden
or la de
*** ***** *

ecido en p
anera a ab
de lo ahí n

para que
o cumple
11, fracción
e un objet
proceden
or la de
*** ***** *
ecido en p
anera a ab
de lo ahí n

proceden
or la de
*** ***** *

ecido en p
anera a ab
de lo ahí r

de lo ahí n

mercado, es
en principio
acciones
los que
sistema relac



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

encuentra en ninguno de tales supuestos ni las constancias de autos evidencian que haya procedido con temeridad o mala fe, en tanto que, no realizó actuaciones con el propósito de entorpecer el procedimiento.

“Artículo 1084. 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.

Siempre serán condenados:

I. El que ninguna prueba rinda para justificar su acción o su excepción, si se funda en hechos disputados;

II. El que presentase instrumentos o documentos falsos, o testigos falsos o sobornados;

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;

IV. El que fuere condenado por dos sentencias conformes de toda conformidad en su parte resolutive, sin tomar en cuenta la declaración sobre costas. En este caso, la condenación comprenderá las costas de ambas instancias, y

V. El que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de este tipo a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes.”

En tales consideraciones, **no procede hacer especial condena en costas**, por lo que cada una de las partes deberá soportar las que hubiera erogado en esta instancia. 🟡

Lo anterior encuentra apoyo en la jurisprudencia 10/2013, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1, Décima Época, Materia

“COSTAS EN MATERIA MERCANTIL. TEMERIDAD O MALA FE PARA SU CONDENA, CONFORME AL ARTÍCULO 1084, PÁRRAFO PRIMERO, DEL CÓDIGO DE COMERCIO. El artículo 1084, prevé que la condena en costas se hará en dos supuestos: cuando así lo prevenga la ley, o cuando estime el juzgador que se haya procedido con temeridad o mala fe. En el primer caso se hace una remisión a la ley, ya sea del propio Código de Comercio, entre otras a las diversas fracciones de su artículo 1084, o la legislación aplicable al caso en la materia. En el segundo supuesto, se está en presencia de una atribución en la que el juzgador, a su arbitrio, podrá condenar en costas cuando advierta que alguna de las partes procedió con temeridad o mala fe. De lo que se sigue que tales supuestos, si bien pueden coincidir, son independientes entre sí, pues no significa que deben actualizarse ambas hipótesis para efecto de la condena en costas, sino que basta que se dé alguno de los supuestos previstos en ley; o bien, que a criterio del juzgador se haya actuado con temeridad o mala fe. Lo anterior, en virtud de que, del numeral citado se desprende que ambos supuestos se encuentran separados por la conjunción disyuntiva "o", lo que indica que basta que en el caso concreto se configure alguno de los dos para que sea procedente la condena respectiva. Así, en términos de la fracción V, del artículo 1084, -que refiere que siempre será condenado el que intente acciones o haga valer cualquier tipo de defensas o excepciones improcedentes o interponga recursos o incidentes de ese tipo, a quien no solamente se le condenará respecto de estas acciones, defensas, excepciones, recursos o incidentes improcedentes, sino de las excepciones procesales que sean inoperantes-, para que proceda la condena en costas, es suficiente con que la autoridad judicial se encuentre impedida para estudiar la controversia planteada por falta de algún presupuesto procesal necesario para ello, sin que sea indispensable que se tome en cuenta la temeridad o la mala fe con que haya actuado cualquiera de las partes.”

RESOLVE:



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

SEGUNDO. La parte **actora acreditó** los elementos constitutivos de su acción; mientras que la demandada no demostró sus excepciones; en consecuencia, **se condena a**

al cumplimiento total del contrato de seguro con pólizas institucionales básica y potenciada reclamadas, que constituye el pago de la suma de **\$2,716,107.76 (dos millones setecientos dieciséis mil ciento siete pesos 76/100 moneda nacional)**, que corresponde a la cantidad que resta por pagar de ciento ocho meses de sueldo mensual de la parte actora, por los motivos y fundamentos señalados en el considerando sexto de esta sentencia.

También se condena a la demandada **al pago** de la póliza de seguro Individual ***** , por la cantidad de *****

***** , por concepto de siniestro por invalidez.

*** *****

TERCERO. Con base en las razones plasmadas en el considerando 8 de esta determinación judicial, **se condena a** la demandada **al pago de intereses e indemnización por**

QUINTO. Atento a lo señalado en el apartado **10** de esta determinación judicial, **no procede hacer especial condena en costas**, por lo que cada una de las partes soportará las que hubiera erogado en esta instancia.

Las partes quedan notificadas en términos del artículo 1390 Bis 22 del Código de Comercio.

Así lo resolvió y firma el Juez **Yuri Alí Ronquillo Vélez**, Titular del Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en La Laguna, con residencia en Torreón, Coahuila de Zaragoza, asistido de la Secretaria **Claudia Guadalupe Ledezma Limón**, quien autoriza y da fe.



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

EVIDENCIA CRIPTOGRÁFICA - TRANSACCIÓN

Archivo Firmado:

170014503_3822000035304185048.p7m

Autoridad Certificadora:

Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal

Firmante(s): 2

FIRMANTE				
Nombre:	CLAUDIA GUADALUPE LEDEZMA LIMON	Validez:	BIEN	Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.02.41.67	Revocación:	Bien	No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	06/10/26 20:39:25 - 06/10/26 14:39:25	Status:	Bien	Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	65 1b 79 dd 7a 17 64 64 33 2f c0 15 81 2f 1d 42 07 d7 75 35 55 97 71 18 80 14 2a 73 77 c3 20 de 72 48 75 40 1f 1e 23 0c 46 6f 1b 65 22 27 83 a3 b0 f2 52 00 02 84 82 c3 a7 08 8d 8e 38 c9 e2 28 b9 19 a2 8e 04 d6 bb 6c e0 7f e9 4a fb a8 5b 5c 14 2a 5c 71 91 ed d7 36 51 53 72 74 58 bb e8 d0 7d ef 6e e3 fe 43 8b a1 6d 71 ef fa 4d 06 5e f3 fa 93 93 59 ad 87 0b 5e 62 65 2b 33 cb b3 28 66 d7 c7 ef 87 e6 92 97 5a a3 73 aa 2e 68 82 1c ed 26 dd e6 93 9f 56 d4 9f b1 58 64 a7 51 ae 1d 9c 96 6c 6c 3a 2f ac 5d d0 21 c1 0a 85 e9 54 ca 0b 79 d6 81 2f bc 64 4d 5c b4 48 fb 12 39 49 0e c6 35 5f 53 e3 b0 cc dd 18 8b d3 8e e0 c4 2e 64 35 aa 32 51 92 d7 4f f5 19 4d 0d a5 d2 27 8b b9 fc d6 10 70 6c ee 0f af 05 d3 fb a3 32 d4 47 78 27 03 64 cb bf 34 8b ce ac 8f 49 96 04 4a 0c 5b 2e 79 c4 97 36 88 06 75 88 39 7c 55 6b 91 50 60 86 9a 83 50 e5 10 47 44 36 a3 a3 d4 c6 5d 5c d1 ab f5 30 a0 f4 16 01 ea 49 b4 82 8b 17 24 a0 be 10 4f 17 eb 23 d1 04 c1 e8 85 3b 06 6a 4d eb 3d 77 ac 34 e8 e9 94 6d 60 f5 db 06 49 da 9d 93 ce c4 b2 e4 9b 10 c2 eb ed 0f 0a 9f e8 e4 a1 f7 81 5d 03 1f d4 89 ef 48 90 59 22 58 bb 8a 39 bf d1 9c 8d 38 76 48 1a a3 fa 4e eb bd 1c 5c 08 bb 00 b9			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	06/10/26 20:39:25 - 06/10/26 14:39:25			
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.02.41.67			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	06/10/26 20:39:26 - 06/10/26 14:39:26			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Identificador de la respuesta TSP:	216118857			
Datos estampillados:	A5PQ7OXpLkOE7aeXUi+/P6ZZZm8=			



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

FIRMANTE				
Nombre:	YURI ALÍ RONQUILLO VÉLEZ		Validez:	BIEN Vigente
FIRMA				
No Serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.01.73.6d		Revocación:	Bien No revocado
Fecha (UTC/ CDMX)	07/10/26 00:16:20 - 06/10/26 18:16:20		Status:	Bien Valida
Algoritmo:	RSA-SHA256			
Cadena de firma:	8a 8a 44 e2 3e 72 f7 68 33 a8 b9 cc 0f 96 b6 bc f0 aa a9 49 03 f9 9d 96 b9 fc cb 9f e4 10 66 99 90 06 1b da 9e 39 4f 94 58 0d 06 03 72 e4 79 a0 01 5f 5e 53 00 b2 be 40 e5 07 67 0d a7 9d 24 1d f8 79 84 d5 60 bd b5 0d c8 6a 6f a5 ca 7c 95 f4 a4 7c 21 0d 19 a3 fe 11 75 8f 13 f6 54 04 10 70 c4 3a c6 b8 37 e0 09 49 4c 54 a7 d9 cc 66 6e a1 c1 d5 cf bd 1d 18 db 2f f2 b0 b0 fa ef 4d 74 1d 1f ce 48 cc 65 63 2c 8c 04 a1 57 a8 e3 b7 ab 8c 21 e8 83 8e 19 5f 71 92 00 64 bd 54 b6 da ac e3 3c 63 72 2f d7 28 96 15 08 e6 c1 62 c2 2f 57 96 c2 db 16 d3 4b 15 20 f4 df d8 5a ff 9f 93 e0 59 25 c1 40 75 54 ed 91 30 6a 86 24 d2 86 62 c4 02 b9 b4 73 92 07 06 8e 7d 9b 0e da b5 97 9b b3 84 db 44 4c e1 78 b2 ef ff 0f c8 1b df a1 ed 42 7e 45 d5 f6 1b 86 cd 98 74 67 4c a2 c6 23 cb 26 b8 bc 29 c1 6e 9c 3c 6a 06 87 9f 63 66 8e 31 e1 14 fc a6 6f 30 c6 10 68 e4 1b 4b f5 68 e1 99 35 cb d8 a6 75 69 55 62 80 3c d0 d1 ea 26 fd 2b d2 3f f7 ca 63 47 3c 0d 85 b5 c2 9f 87 d5 13 79 1d 0c 35 59 5b e9 f4 cd 5d 8b 1c 02 08 39 e6 e5 dc 4c 1b 56 ed c5 e5 c3 9c c1 c6 18 0e cc 7d d1 b2 cd 43 ae bd 4e fb d3 d5 55 78 ff 4c 23 96 1c a3 70 67 3d a2 1f 14 f5 c4 69 18 df 4b 09 3b c2 c2 57			
OCSP				
Fecha: (UTC/ CDMX)	07/10/26 00:16:20 - 06/10/26 18:16:20			
Nombre del respondedor:	Servicio OCSP ACI del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del respondedor:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Número de serie:	70.6a.66.20.63.6a.66.33.00.00.00.00.00.00.00.01.73.6d			
TSP				
Fecha : (UTC/ CDMX)	07/10/26 00:16:21 - 06/10/26 18:16:21			
Nombre del emisor de la respuesta TSP:	Autoridad Emisora de Sellos de Tiempo del Consejo de la Judicatura Federal			
Emisor del certificado TSP:	Autoridad Certificadora Intermedia del Consejo de la Judicatura Federal			
Identificador de la respuesta TSP:	216325228			
Datos estampillados:	uD6VjQvFIMJqkRABajQX3ZUhdK=			

El seis de octubre de dos mil veintiseis, la licenciada Claudia Guadalupe Ledezma Limón, Secretario(a), con adscripción en el Juzgado de Distrito en Materia Mercantil Federal en la Laguna, con residencia en Torreón, Coahuila de Zaragoza, hago constar y certifico que en esta versión pública no existe información clasificada como confidencial o reservada en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Conste.