



Roj: **STS 5495/2014** - ECLI: **ES:TS:2014:5495**

Id Cendoj: **28079110012014100689**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **04/12/2014**

Nº de Recurso: **2269/2013**

Nº de Resolución: **676/2014**

Procedimiento: **CIVIL**

Ponente: **IGNACIO SANCHO GARGALLO**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

## SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a cuatro de Diciembre de dos mil catorce.

La Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Magistrados al margen indicados, ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación interpuestos respecto la sentencia dictada en grado de apelación por la Audiencia Provincial de A Coruña, sección 5ª, como consecuencia de autos de juicio ordinario seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 13 de A Coruña.

Los recursos fueron interpuestos por Blanca , representada por la procuradora Belén Aroca Flórez.

Es parte recurrida la entidad Bankinter Seguros de Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el procurador Ignacio Cuadrado Ruescas.

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Tramitación en primera instancia

1. El procurador Jorge Bejerano Pérez, en nombre y representación de Blanca , interpuso demanda de juicio ordinario ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 13 de A Coruña, contra la entidad Bankinter Seguros de Vida, S.A., para que se dictase sentencia:

*"por la que, estimando la demanda, declare que la mercantil Bankinter Seguros de Vida, S.A. debe abonar la cantidad de noventa mil euros (90.000,00 €), a los beneficiarios del seguro y en las condiciones estipuladas en la póliza suscrita entre la entidad demandada y doña Guadalupe , condenando a la sociedad demandada a:*

*a) Pagar a mi mandante el importe de 33.518,77 €, correspondiente a las cantidades abonadas por la misma a Bankinter S.A., por razón de las cuotas del préstamo hipotecario devengadas desde la fecha de fallecimiento de Dª. Guadalupe el día 7 de enero de 2008 hasta la fecha de esta demanda, incrementado en los intereses estipulados en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro , desde la producción del riesgo objeto de cobertura.*

*b) Pagar a mi mandante las cantidades que la misma abone a Bankinter S.A. por razón del préstamo hipotecario, que se devenguen desde la fecha de la presente demanda hasta el día en que se dicte sentencia firme en los presentes autos, incrementando dichas cantidades en los intereses estipulados en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro , desde la producción del riesgo objeto de cobertura.*

*c) Pagar a la entidad Bankinter S.A. el saldo pendiente de amortización del préstamo hipotecario, de acuerdo con lo previsto en la póliza de seguro, hasta la cantidad que venga representada por la diferencia entre le capital asegurado, 90.000,00 €, y el importe que corresponda percibir a mi mandante conforme a la reclamación efectuada en los apartados a ) y b) anteriores -excluidos los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro -.*

*d) Pagar a mi mandante, en su condición de heredera única de su hermana, y para el supuesto de que exista alguna cantidad sobrante, el resto del importe que pendiente (sic) una vez abonadas las cantidades reclamadas*

en los apartados a), b) y c) anteriores -excluidos los intereses del artículo 20- hasta el límite de 90.000,00 €, incrementado con los intereses del artículo 20 de la LCS, desde la producción del riesgo objeto de cobertura.

e) Al abono de las costas del procedimiento."

2. La procuradora María Freire Rodríguez Sabio, en representación de la entidad Bankinter Seguros de Vida Sociedad Anónima, contestó a la demanda y suplicó al Juzgado dictase sentencia:

"desestimatoria de la demanda, todo ello con expresa imposición de costas a la parte demandante."

3. El Juez de Primera Instancia núm. 13 de A Coruña dictó Sentencia con fecha 22 de junio de 2012, con la siguiente parte dispositiva:

"FALLO: Que debo desestimar y desestimo la demanda presentada por el Procurador D. Jorge Bejerano Pérez en representación D<sup>a</sup>. Blanca contra Bankinter Seguros de Vida S.A. con imposición de las costas causadas, en este procedimiento, a la parte demandante."

#### Tramitación en segunda instancia

4. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Blanca.

La resolución de este recurso correspondió a la sección 5ª de la Audiencia Provincial de A Coruña, mediante Sentencia de 18 de julio de 2013, cuya parte dispositiva es como sigue:

"FALLAMOS: Que desestimando el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de Doña Blanca contra la sentencia recaída en los autos de juicio ordinario núm. 692/12, dictada por el Juzgado de 1ª Instancia núm. 13 de A Coruña, debemos confirmar y confirmamos en todos sus extremos la referida resolución, con imposición de las costas de alzada a la parte apelante."

#### Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación

5. El procurador Jorge Bejerano Pérez, en nombre y representación de Blanca, interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación ante la Audiencia Provincial de Madrid, sección 5ª.

El motivo del recurso extraordinario por infracción procesal fue:

"1º) Infracción del art. 24 de la Constitución Española, al haber incurrido en error de derecho en la valoración de la prueba practicada en autos, siendo dicha valoración arbitraria y contraria a la lógica y a la sana crítica."

El motivo del recurso de casación fue:

"1º) Infracción de la doctrina jurisprudencial sobre el párrafo primero y tercero del art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro."

6. Por diligencia de ordenación de 9 de octubre de 2013, la Audiencia Provincial de A Coruña, sección 5ª, tuvo por interpuestos el recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación y acordó remitir las actuaciones a la Sala Primera del Tribunal Supremo con emplazamiento de las partes para comparecer por término de treinta días.

7. Recibidas las actuaciones en esta Sala, comparecen, como parte recurrente, Blanca, representada por la procuradora Belén Aroca Flórez; y como parte recurrida la entidad Bankinter Seguros de Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el procurador Ignacio Cuadrado Ruescas.

8. Esta Sala dictó Auto de fecha 10 de junio de 2014, cuya parte dispositiva es como sigue:

"ADMITIR EL RECURSO EXTRAORDINARIO POR INFRACCION PROCESAL Y ADMITIR EL RECURSO DE CASACIÓN interpuestos por la representación procesal de DOÑA Blanca contra la sentencia dictada con fecha de 18 de julio de 2013 por la Audiencia Provincial de A Coruña (Sección 5ª), en el rollo de apelación nº 532/2012, dimanante del juicio ordinario nº 692/2011 del Juzgado de Primera instancia nº 13 de A Coruña."

9. Dado traslado, la representación de la entidad Bankinter Seguros de Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, presentó escrito de oposición al recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación mencionados.

10. Al no solicitarse por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día 6 de noviembre de 2014, en que ha tenido lugar.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. **Ignacio Sancho Gargallo**,

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO



## Resumen de antecedentes

1. Para la resolución del presente recurso debemos partir de la relación de hechos relevantes acreditados en la instancia.

El 1 de marzo de 2006, Blanca y Guadalupe compraron la vivienda sita en A Coruña, en la CALLE000 núm. NUM000 , piso NUM001 , por un precio pactado de 168.283,38 euros. Para su pago, las dos compradoras pidieron un crédito con garantía hipotecaria sobre la misma vivienda que era objeto de compra, a la entidad Bankinter. Este contrato de financiación se firmó el mismo día, el 1 de marzo de 2006.

Al día siguiente, el 2 de marzo de 2006, Blanca y Guadalupe firmaron su adhesión a un seguro colectivo de vida. El capital asegurado por Guadalupe era de 120.000 euros, si bien posteriormente fue reducido a 90.000 euros. El riesgo cubierto era el fallecimiento por cualquier causa y la invalidez absoluta y permanente. Constaba como beneficiaria la entidad Bankinter, por el saldo pendiente de amortización en la línea de crédito, y los herederos legales.

En el cuestionario de salud, a la pregunta de si había padecido alguna enfermedad de cáncer o tumor, se contestó que no; a la pregunta de si había sufrido alguna intervención quirúrgica, también se contestó que no; y a la pregunta de si estaba bajo supervisión médica, se contestó que no.

El cuestionario fue rellenado por los empleados del banco, pero después de que fueran leyendo cada pregunta a las dos tomadoras del seguro y de que estas contestaran. De tal forma que en el propio cuestionario aparece información (peso, talla...), que sólo se podía conocer porque la hubieran dado en ese momento las tomadoras del seguro.

El 7 de enero de 2008, falleció Guadalupe , como consecuencia de una recidiva de cáncer de mama que le había sido diagnosticado en diciembre de 2004, y que había motivado una intervención quirúrgica el 31 de diciembre de 2004.

Tras la muerte de Guadalupe , su hermana Blanca solicitó de la aseguradora (Bankinter Seguros de Vida, S.A.), el abono de la indemnización con cargo al seguro de vida contratado, que debía hacerse efectiva cancelando el crédito y la garantía hipotecaria contratada con Bankinter, S.A., y la entrega del posible sobrante a los herederos de Guadalupe .

La aseguradora se opuso por entender que la tomadora del seguro había ocultado su verdadero estado de salud al suscribir la póliza de adhesión al seguro de vida.

2. El Juzgado de Primera Instancia desestimó la pretensión ejercitada por Blanca en su demanda, de que se hiciera efectivo por parte de la aseguradora del pago de la indemnización convenida en el contrato de seguro. La sentencia de primera instancia justifica esta desestimación porque «el contenido del cuestionario ha de considerarse parte del contrato y por no reflejar fielmente la realidad de la tomadora del seguro y ser precisamente esa enfermedad que no se declara la que finalmente actúa como causa del fallecimiento prematuro».

3. La audiencia desestimó el recurso de apelación, por entender que Guadalupe , al contestar el cuestionario de salud, ocultó trascendentales circunstancias a los efectos de la valoración del riesgo, que se encuentran directamente relacionadas con la enfermedad que motivó su fallecimiento, por lo que entiende de aplicación el art. 10 LCS y la liberación de la aseguradora de la obligación de indemnizar la suma asegurada.

4. Frente a la sentencia de apelación, la demandante interpone recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

## Recurso extraordinario por infracción procesal

5. *Formulación del motivo único* . El motivo se ampara en el ordinal 4º del art. 469.1 LEC , al entender «vulnerados los derechos fundamentales reconocidos en el art. 24 CE , por haber incurrido, tanto el juzgado como la audiencia provincial, en un claro error de derecho en la valoración de la prueba practicada en autos, siendo dicha valoración arbitraria y contraria a la lógica y a la sana crítica, vulnerando de esta forma el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva».

En el desarrollo del motivo se argumenta que la audiencia concluye que es falso que en el presente caso nos encontremos en un supuesto de falta de presentación del cuestionario, porque presume que la asegurada conoció y asumió el contenido de dicho cuestionario y que, derivado de ello, ocultó de manera intencionada la enfermedad que había padecido con anterioridad a la suscripción del seguro. El recurso entiende que los hechos concretos probados sobre los que se ha basado la audiencia para establecer esta conclusión han sido fijados a partir de una valoración probatoria completamente errónea.



Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

**6. Desestimación del motivo** . Constituye jurisprudencia constante de la Sala, que «la valoración de la prueba es función de instancia, y tan sólo cabe, excepcionalmente, justificar un recurso por infracción procesal, al amparo del apartado 4º del art. 469.1 LEC , en la existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración realizada por la sentencia recurrida que comporte una infracción del derecho a la tutela judicial efectiva ( Sentencia 326/2012, de 30 de mayo , con cita otras anteriores: núms. 432/2009, de 17 de junio ; 196/2010, de 13 de abril ; 495/2009, de 8 de julio ; y 211/2010, de 30 de marzo )».

Aunque sería razonable disentir de la valoración realizada por la audiencia, no puede tacharse de ilógica o irracional, ni incurre en error notorio. No es absurdo inferir de los hechos acreditados, no sólo de la firma del documento y de la testifical de los dos empleados del banco, en relación a cómo debió rellenarse y, para ello, cómo se recabó la información, sino también del resto de las circunstancias fácticas, como es la entidad de la enfermedad padecida y la intervención quirúrgica, omitidas en el cuestionario, que la tomadora del seguro era consciente de que estaba omitiendo aquella información médica relevante para la valoración del riesgo cubierto con el seguro que iba a firmar.

### Recurso de casación

**7. Formulación del motivo único** . El motivo denuncia la infracción de la jurisprudencia respecto de la interpretación de los párrafos primero y tercero del art. 10 LCS , en relación con supuestos similares al que ahora es objeto de enjuiciamiento.

Según esta jurisprudencia, «(e)l deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo ( artículo 10 de la Ley 50/1980 ), exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario; declarado por la sentencia recurrida que la agente de la aseguradora recurrente fue quien rellenó el cuestionario que el tomador del seguro se limitó a firmar, ello equivale a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado» (contenida, entre otras, en la Sentencia 469/1997, de 31 de mayo ).

Argumenta la recurrente que, de acuerdo con esta jurisprudencia, la circunstancia de que en el presente caso, al igual que en los casos resueltos por el Tribunal Supremo de donde emana esta doctrina jurisprudencial, el cuestionario, que la asegurada se limitó a firmar, haya sido cumplimentado por los propios operarios del banco, equivale a una falta de presentación del cuestionario, cuyas consecuencias negativas sólo pueden recaer en la propia entidad aseguradora.

Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

**8. Desestimación del motivo** . Hemos de partir de la jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración de riesgos, contenida de forma sistemática, en nuestra anterior Sentencia 479/2008, de 3 de junio :

«Según el artículo 10 I LCS el tomador del seguro ' tiene el deber antes de la conclusión del contrato, de declarar a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo '. Este deber se cumple, según la jurisprudencia, contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta ( SSTS 25 de octubre de 1995 ; 21 de febrero de 2003 ; 27 de febrero de 2005 ; 29 de marzo de 2006 ; 17 de julio de 2007, rec. 3121/2000 ).

«Las consecuencias del incumplimiento de este deber son las establecidas en el artículo 10 II LCS y consisten en:

a) La facultad del asegurador de ' rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro '.

b) La reducción de la prestación del asegurador ' proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo '. Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.

c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, según el artículo 10 II, último inciso, LCS , '[s] i medió dolo o culpa grave del tomador del seguro ' ( SSTS de 31 de mayo de 2004 ; 17 de julio de 2007, rec. 3121/2000 ).

«La reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración, pero requiere, en virtud del principio de rogación procesal, según la jurisprudencia consolidada de esta Sala (en contra, STS de 12 de abril de 2004 ) que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno y no



puede aplicarse si esta pretensión no se ha ejercitado ( SSTS de 7 de junio de 2004 ; 15 de julio de 2005, rec. 612/1999 ).

»La facultad del asegurado de rechazar el siniestro y de liberarse de la obligación de indemnizar solamente puede ejercitarse en caso de que en la declaración previa de riesgos haya mediado dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro, a diferencia de lo que ocurre para el ejercicio de la facultad de rescisión o de reducir la prestación.

»Concurre dolo o culpa grave en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte ( arts. 1260 y 1261 CC ), y en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario. La determinación de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se debe a culpa grave, es de libre apreciación del tribunal sentenciador, por cuanto, versando sobre la aplicación de conceptos jurídicos, estos han de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora ( SSTS 12 de agosto de 1993 ; 24 de junio de 1999 ; 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999 )»

9. La apreciación que realiza el tribunal de instancia de que, en este caso, la referencia a la enfermedad padecida (un tumor) era de tal entidad, en un seguro de vida, que su omisión, al ser preguntada la tomadora del seguro sobre si había padecido alguna enfermedad de cáncer, si había sufrido alguna intervención quirúrgica y si estaba bajo supervisión médica, no puede tener otra finalidad que engañar al asegurador. Son hechos tan relevantes respecto de la valoración del riesgo, como se puso en evidencia al poco tiempo, ya que la asegurada falleció como consecuencia de la recidiva de cáncer de mama que es aquel que había sido diagnosticado e intervenido quirúrgicamente en el 2004, que se entiende justificado que el tribunal de instancia califique esta omisión de dolosa.

Esta apreciación no contradice la jurisprudencia invocada en el motivo, contenida en la Sentencia de 31 de mayo de 1997 , que aparece transcrita al explicar la formulación del motivo, pues lo allí argumentado se refiere a los casos en que no conste que el tomador del seguro hubiera sido realmente preguntado y hubiera podido ser consciente de las preguntas del cuestionario y de que, respecto de alguna de ellas, se omitía información relevante para la determinación del riesgo.

Se entiende mejor en el marco de las consideraciones realizadas por esta Sala sobre este deber de colaboración del tomador del seguro en la determinación del riesgo: «El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro regula el deber de declaración del riesgo, como obligación fundamental del tomador para que el asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura (...).

»A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se sabe que, siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Estos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado.

»El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro , ubicado dentro del Título I referente a las Disposiciones Generales aplicables a toda clase de seguros, ha concebido más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el apartado 1º de este artículo 10, al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: '*quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el (...)*'» ( Sentencia 1200/2007, de 15 de noviembre , que cita la anterior 600/2006, de 1 de Junio).

Al hilo de esto último, la pretendida exoneración del deber de la tomadora del seguro de declarar que había padecido un cáncer de mama hacía unos pocos años, no puede justificarse por la mera razón de que el cuestionario fuera rellenado por el personal del banco que actuaba por cuenta de la aseguradora. Lo realmente relevante para que esta circunstancia exonere de tal deber e impida por ello que pueda valorarse como una



conducta que, por ser dolosa, libera al asegurador del pago de la indemnización una vez actualizado el riesgo cubierto de la muerte de la persona asegurada, es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que la tomadora del seguro no fue preguntada por esta información relevante. En los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración.

### Costas

12. Desestimado el recurso extraordinario por infracción procesal, imponemos a la parte recurrente las costas ocasionadas con su recurso ( art. 398.1 LEC ).

Desestimado el recurso de casación, imponemos a la parte recurrente las costas ocasionadas con su recurso ( art. 398.1 LEC ).

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

### FALLAMOS

Desestimamos el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por la representación de Blanca contra la Sentencia de la Audiencia Provincial de A Coruña (sección 5ª) de 18 de julio de 2013, que resuelve la apelación (rollo núm. 532/2012 ) formulada contra la Sentencia del Juzgado de Primera Instancia núm. 13 de A Coruña de 22 de junio de 2012 (juicio ordinario 692/2011). Imponemos las costas del recurso a la parte recurrente.

Desestimamos el recurso de casación interpuesto por la representación de Blanca contra la reseñada Sentencia de la Audiencia Provincial de A Coruña (sección 5ª) de 18 de julio de 2013 (rollo núm. 532/2012 ). Imponemos las costas del recurso a la parte recurrente.

Publíquese esta resolución conforme a derecho y devuélvanse a la Audiencia los autos originales y rollo de apelación remitidos con testimonio de esta resolución a los efectos procedentes.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos .- Francisco Marin Castan.- Jose Ramon Ferrandiz Gabriel.- **Ignacio Sancho Gargallo**.- Francisco Javier Orduña Moreno.- Rafael Saraza Jimena.- Sebastian Sastre Papiol.- Firmado y Rubricado. PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. **Ignacio Sancho Gargallo** , Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Secretario de la misma, certifico.