

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL DE APELACIONES
PANEL ESPECIAL

EFRAÍN SERRANO CRUZ

Apelante

v.

UNITED SURETY &
INDEMNITY COMPANY

Apelado

KLAN202000019

Apelación
procedente del
Tribunal de Primera
Instancia, Sala
Superior de Humacao

Caso Núm.
HU2018CV00905

Sobre:
Incumplimiento de
Contrato; Mala Fe y
Dolo en el
Incumplimiento de
Contrato

Panel integrado por su presidente, el Juez Candelaria Rosa, el Juez Pagán Ocasio y el Juez Sánchez Ramos¹

Pagán Ocasio, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 30 de junio de 2020.

El 9 de enero de 2020, Efraín Serrano Cruz (el apelante) comparece ante nosotros mediante el presente recurso de apelación. Solicita que revoquemos la Sentencia del Tribunal de Primera Instancia (TPI) de 13 de noviembre de 2019 que desestimó con perjuicio la demanda de epígrafe por pago en finiquito.

Por los fundamentos que expresamos a continuación, se revoca la Sentencia recurrida y se devuelve el asunto al TPI para la continuación de los procedimientos de conformidad con lo aquí dispuesto.

I.

El caso de marras se originó el 17 de septiembre de 2018 cuando el apelante incoó una demanda de incumplimiento de contrato y daños contractuales en contra de United Surety & Indemnity Company (el apelado). Adujo que su propiedad

¹ Mediante la Orden Administrativa TA-2020-041 se designó al Hon. Roberto J. Sánchez Ramos para entender y votar en este caso.

residencial localizada en el Municipio de Humacao sufrió daños ascendentes a \$151,570.01 tras el paso del huracán María por Puerto Rico. Asimismo, el apelante alegó que el apelado incumplió con los términos y condiciones de la póliza de seguro que cubre su propiedad cuando se negó a emitir los pagos reclamados. Además, arguyó que el apelado infringió el Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPR sec. 2716a, al realizar ajustes injustificados a su reclamación.

Luego de varios trámites procesales, el 5 de marzo de 2019, el apelado presentó una moción de desestimación.² Argumentó que, mediante el endoso y cambio del cheque por la cantidad de \$1,736.80, el apelante aceptó dicha cuantía como liquidación de su reclamación, producto de lo cual liberó al apelado de toda responsabilidad bajo la póliza.

Por su parte, el apelante se opuso a la solicitud de desestimación bajo el argumento de que el apelado incurrió en una práctica desleal en violación al Código de Seguros, *supra*, al levantar la defensa de pago y aceptación en finiquito para descargar su responsabilidad hacia su asegurado. Asimismo, arguyó que existe controversia en torno a la valorización de los daños. Ello, ante la diferencia extrema entre el estimado de daños del apelante, ascendente a \$151,570.00, contrastado con el pago de \$1,736.80 que emitió el apelado. Detalló como hechos en controversia los siguientes:

1. La buena fe de la Parte Demandada al remitir un pago sustancialmente menor al que la Parte Demandante tenía derecho a recibir;
2. El consentimiento de la Parte Demandante a recibir el pago por la Parte Demandada fue viciado debido a que el acuerdo notificando la determinación de la cuantía de los daños, no le informó adecuadamente sobre el resultado del ajuste ni de las razones específicas bajo las disposiciones de la póliza para pagar ciertos daños y excluir otros, dejando en un estado de confusión a la Parte Demandante del porqué el ajuste tan limitado; y

² El apelado ratificó su solicitud de desestimación mediante dos mociones ulteriores con el mismo reclamo fechadas el 6 de abril y 5 de agosto de 2019.

3. Si la Parte Demandante podía razonablemente entender el efecto de aceptar el pago remitido por la Parte Demandada a base de la información suministrada por ésta junto con el pago.

En atención a lo anterior, el 9 de octubre de 2019, el TPI celebró una vista argumentativa. Escuchados los argumentos de ambas partes y examinada la prueba documental presentada, el foro *a quo* dio por sometida la controversia. Concluyó que no existe controversia sobre los hechos sustanciales relacionados a la desestimación solicitada. Como resultado, dictó la sentencia desestimatoria donde formuló las siguientes determinaciones de hechos:

1. La Parte Demandante adquirió de USIC una póliza de seguro de vivienda para una propiedad localizada en la siguiente dirección: 15 Lomas de Campo Alegre, Humacao, Guaynabo, [sic], P.R. Dicha póliza estaba vigente el 20 de septiembre de 2017, fecha del paso del Huracán María por Puerto Rico.
2. La Parte Demandante presentó una reclamación a USIC el 14 de noviembre de 2017 por los daños sufridos en su propiedad a consecuencia del Huracán María.
3. Luego de evaluar los daños reclamados, USIC determinó que los daños cubiertos por la Póliza ascendían a \$73.59, cantidad menor al deducible establecido en la póliza (\$2,954.00), por lo que se cerró la reclamación sin pago.
4. El 23 de marzo de 2018 USIC recibió una solicitud de reconsideración de la Parte Demandante. Dicha reconsideración fue acompañada de varias facturas y/o estimados de reparación. Luego de reevaluar el caso, USIC reconsideró su decisión inicial y determinó que los daños cubiertos por la póliza ascendían a \$4,690.80. Luego de aplicar el deducible establecido en la póliza de \$2,954.00, el 11 de abril de 2018 remitió por correo un pago a la Parte Demandante por la cantidad de \$1,736.80, mediante el cheque número 5009073 de Oriental Group, dando por cerrada la reclamación. Junto a dicho cheque USIC le remitió a la Parte Demandante una carta donde indicaba que el pago remitido daba por cerrada su reconsideración y además acompañó un detalle de los daños que estaban siendo pagados con el mencionado cheque.
5. El 2 de mayo de 2018 la Parte Demandante aceptó, endosó y depositó en su cuenta bancaria, sin reserva ni objeción alguna, el referido cheque como pago final y total de la reclamación de referencia. Al endosar y cobrar el cheque de USIC, la Parte Demandante declaró y aceptó la siguiente declaración contenida en el dorso del cheque:

LA ACEPTACIÓN Y/O ENDOSO COBRO DE ESTE CHEQUE CONSTITUYE LIQUIDACIÓN TOTAL Y DEFINITIVA DE LA RECLAMACIÓN A LA QUE SE HACE REFERENCIA EN LA FAZ DEL CHEQUE. EN VIRTUD DE ESTE PAGO, LA COMPAÑÍA QUEDA LIBERADA DE DICHA RECLAMACIÓN Y A SU VEZ

SUBROGADA EN TODOS LOS DERECHOS Y CAUSAS DE ACCIÓN A LAS QUE TIENE DERECHO BAJO LOS TÉRMINOS DE LA FIANZA O PÓLIZA CONTRA LA CUAL SE HA INTERPUESTO LA RECLAMACIÓN DE REFERENCIA.

6. En adición, la Parte Demandante suscribió y remitió a USIC un documento titulado “Proof of Loss and General Release” en el que específicamente descarga a USIC, sus principales, representantes y agentes de cualquier derecho, reclamo, demanda o daños de cualquier clase relacionado con los daños sufridos por la propiedad asegurada en o alrededor del 20 de septiembre de 2017.
7. El 17 de septiembre de 2018, habiendo aceptado y cambiado el cheque remitido por USIC en pago total de su reclamación, la Parte Demandante radicó el presente litigio.

En virtud de lo anterior, el TPI concluyó que el apelante renunció a cualquier reclamación relacionada a los daños provocados por el huracán María al aceptar y cambiar el cheque número 5009073 que el apelado le remitió en pago total de los daños reclamados cubiertos por la póliza. Ante la denegatoria de la solicitud de reconsideración que presentó el apelante ante el TPI, éste acude ante nosotros mediante escrito de apelación y argumenta que:

Erró el Tribunal de Primera Instancia al determinar que se habían configurado los elementos necesarios para aplicar la doctrina de *accord and satisfaction* o pago en finiquito y que no existían hechos materiales en controversia y proceder a declarar ha lugar la solicitud de desestimación y/o sentencia sumaria, desestimando así, la demanda.

El apelado presentó un alegato en oposición donde argumenta que el apelante tenía pleno conocimiento de que su oferta representaba una propuesta para extinguir su obligación. Asimismo, aduce que el apelante tenía el deber de devolver el cheque para que no se perfeccionara la figura de *accord and satisfaction* cuyo efecto es extinguir la obligación objeto del presente caso.

II.

Como se sabe, el Tribunal Supremo de Puerto Rico ha expresado que en su misión de hacer justicia la discreción “es el más poderoso instrumento reservado a los jueces”. **Rodríguez v. Pérez**, 161 DPR 637, 651 (2004). La discreción se refiere a “la facultad que

tiene [el tribunal] para resolver de una forma u otra, o de escoger entre varios cursos de acción”. **Citibank et al. v. ACBI et al.**, 200 DPR 724, 735 (2018). En ese sentido, ha sido definida como “una forma de razonabilidad aplicada al discernimiento judicial para llegar a una conclusión justiciera”. *Íd.* Lo anterior “no significa poder actuar en una forma u otra, haciendo abstracción del resto del Derecho”. **HIETel v. PRTC**, 182 DPR 451, 459 (2011). Ello, ciertamente, constituiría un abuso de discreción.

Cónsono con la deferencia que merecen las determinaciones discrecionales del foro de instancia, es norma reiterada que este tribunal no intervendrá “[...] con determinaciones emitidas por el foro primario y sustituir el criterio utilizado por éste en el ejercicio de su discreción, salvo que se pruebe que actuó con prejuicio o parcialidad o incurrió en craso abuso de discreción o en error manifiesto”. (Énfasis suprimido.) **Citibank et al. v. ACBI et al.**, ante, pág. 736.

Por su parte, la Regla 10.2 de Procedimiento Civil, 32 LPRA Ap. V, R. 10.2, enumera los supuestos en los cuales una parte puede solicitar la desestimación de una acción en su contra. Entre ellos, “dejar de exponer una reclamación que justifique la concesión de un remedio.”³ Ahora bien, al disponer de una causa de acción bajo la Regla 10.2, *supra*, el tribunal deberá dar por ciertos los hechos bien alegados en la demanda y considerarlos de la manera más favorable al demandante. **López García v. López García**, 200 DPR 50, 69 (2018). En armonía con lo anterior, el promovente de la moción de desestimación deberá demostrar certeramente que el demandante no tiene derecho a remedio alguno bajo cualquier estado de derecho que se pudiere probar en apoyo a su reclamación. *Íd.*

³ 32 LPRA Ap. V, R. 10.2 (5).

En materia de seguros, es norma reiterada que esta industria está revestida del más alto interés público por lo cual es altamente regulada por el Código de Seguros de Puerto Rico. Uno de los renglones más regulados son las prácticas desleales y fraudes en la industria de los seguros, codificados en los Artículos 27.010 al 27.360 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRa sec. 2701 *et seq.* Véase además, ***Carpet Rugs v. Tropical Repts***, 175 DPR 615, 632 (2009). Sobre este tema, el Código de Seguros establece que el propósito detrás de regular las prácticas desleales y fraudes es prohibir las prácticas comerciales que constituyan métodos desleales de competencia, o actos o prácticas engañosas. 26 LPRa sec. 2701. Dentro de las denominadas prácticas desleales, están aquellas relacionadas al ajuste de reclamaciones. 26 LPRa sec. 2716a. ***Carpet Rugs v. Tropical Repts***, ante.

A continuación, detallamos las prácticas o actos desleales en el ajuste de reclamaciones prohibidas por el Código de Seguros, 26 LPRa sec. 2716a:

- (1) Hacer falsas representaciones de los hechos o de los términos de una póliza, relacionados con una cubierta en controversia.
- (2) Dejar de acusar recibo y no actuar con razonable diligencia dentro de los noventa (90) días, luego de radicada y notificada una reclamación bajo los términos de una póliza.
- (3) Dejar de adoptar e implementar métodos razonables para la rápida investigación de las reclamaciones que surjan bajo los términos de una póliza.
- (4) Rehusar pagar una reclamación sin llevar a cabo una investigación razonable basada en la información disponible.
- (5) Rehusar confirmar o denegar cubierta de una reclamación dentro de un término razonable luego de haberse completado la declaración de pérdida.
- (6) **No intentar de buena fe de llevar a cabo un ajuste rápido, justo y equitativo de una reclamación de la cual surja claramente la responsabilidad.**
- (7) **Obligar a los asegurados o reclamantes a entablar pleitos para recobrar bajo los términos de una póliza, porque se le ha ofrecido al asegurado o reclamante una cantidad sustancialmente menor que la cantidad que podría ser recobrada finalmente en un litigio o porque se le ha negado**

incorrectamente la cubierta bajo los términos de la póliza.

- (8) Tratar de transigir una reclamación por una cantidad menor que la que el asegurado o reclamante razonablemente tenga derecho, basado en la literatura o material impreso que se le acompañó o se hizo formar parte de la solicitud.**
- (9) Intentar transigir una reclamación basada en una solicitud alterada sin el consentimiento o conocimiento del asegurado.
- (10) Realizar los pagos de las reclamaciones a los asegurados o beneficiarios sin acompañarlos de una declaración que establezca la cubierta bajo la cual se realiza el pago.
- (11) Hacer creer a los asegurados o reclamantes de la práctica de apelar de un laudo de arbitraje recaído a favor del reclamante o asegurado, con el fin de obligarlos a aceptar una transacción o ajuste menor que la cantidad concedida por el árbitro.
- (12) Rehusar transigir rápidamente una reclamación cuando clara y razonablemente surge la responsabilidad bajo una porción de la cubierta, con el fin de inducir a una transacción bajo otra porción de la cubierta de la póliza.
- (13) Negarse a ofrecer una explicación razonable de los términos de una póliza en relación con los hechos y la ley aplicable, para la denegación de una reclamación o de una oferta de transacción.**
- (14) Retardar una investigación o el pago de una reclamación al requerirle al asegurado, reclamante o a su médico, que sometan un informe preliminar de reclamación y luego requerirles una declaración formal de pérdida, la cual contiene sustancialmente la misma información del informe preliminar.
- (15) Negar la existencia de la cubierta de una póliza cuando el asegurado rechazó la oferta de pago de una reclamación de esa cubierta.
- (16) Negar el pago de una reclamación válida sólo por la mera sospecha que se cometió fraude o hubo falsas representaciones de hecho.
- (17) Negar el pago de una reclamación bajo el pretexto de información insuficiente cuando ésta era capaz de ser obtenida bajo métodos ordinarios de investigación.
- (18) Reservado.
- (19) Requerir que el asegurado o reclamante firme un relevo que pueda ser interpretado como que releva al asegurador de aquellas obligaciones contractuales que no fueron objeto de la transacción.**
- (20) Requerir condiciones irrazonables al asegurado o reclamante para realizar el ajuste de la reclamación o dilatar el mismo. (Énfasis suplido).

En *Carpet Rugs v. Tropical Repts*, ante, el Tribunal Supremo se expresó en torno a la obligación que el Código de Seguros de Puerto Rico impone al asegurador de investigar, ajustar y resolver

de forma final una reclamación dentro de los noventa (90) días de ser presentada. Allí dispuso:

[d]urante ese período, es obligación del asegurador realizar una investigación diligente que incluya, entre otros: 1) determinar si el evento damnificador ocurrió durante la vigencia de la póliza; 2) determinar si el asegurado reclamante tenía un interés asegurable; 3) determinar si la propiedad damnificada es aquella descrita en las declaraciones; 4) confirmar si las pérdidas reclamadas no están sujetas a exclusiones de riesgo; e 5) investigar si el daño fue causado por negligencia de un tercero, de modo tal que el asegurador pueda subrogarse en los derechos de resarcimiento de su asegurado. Véase R. Cruz, Derecho de Seguros, Primera Edición, San Juan, Publicaciones JTS, 1999, sec. 20.3, págs. 237-38. Luego de analizar estos aspectos, y todos aquellos necesarios **para brindar un ajuste equitativo y razonable**, es que el asegurador se encuentra en posición de cumplir con su obligación de resolver una reclamación de forma final [...] Después de todo, al analizar una reclamación, **los aseguradores tienen una obligación de llevar a cabo un ajuste rápido, justo, equitativo y de buena fe**. Véase art. 27.161 (6) del Código de Seguros, 26 L.P.R.A. sec. 2716a. (Énfasis suplido.)

Con respecto a la doctrina de pago en finiquito, el Tribunal Supremo de Puerto Rico determinó en **López v. South P.R. Sugar Co.**, 62 DPR 238, 244-245 (1943), que una deuda es extingible bajo dicha doctrina si concurren los siguientes elementos: (1) una reclamación ilíquida o sobre la cual exista controversia bona fide; (2) un ofrecimiento de pago por el deudor; y (3) una aceptación del ofrecimiento de pago por el acreedor. Posteriormente, el Tribunal Supremo aclaró que la defensa de pago en finiquito no es invocable si se demuestra que el reclamado incurrió en dolo para lograr que el reclamante acepte el pago. **Cruz v. Autoridad de Fuentes Fluviales**, 76 DPR 312, 319 (1954).

Por otro lado, en **A. Martínez & Co. v. Long Const. Co.**, 101 DPR 830, 834-835 (1973), el Tribunal Supremo aplicó la doctrina de pago en finiquito a favor del deudor y aclaró que -para invocar esta defensa- es requisito que no medie opresión o ventaja indebida del deudor y que el acreedor acepte el pago bajo un claro entendimiento de que éste representa una propuesta para extinguir la obligación.

Más recientemente, nuestro más Alto Foro revocó al TPI por dictar una sentencia sumaria a favor de la aseguradora bajo la doctrina de pago en finiquito. **Rosario v. Nationwide Mutual**, 158 DPR 775 (2003). Allí, el Tribunal Supremo concluyó que era imperioso celebrar un juicio donde desfile prueba sobre la intención real de la reclamante cuando firmó el relevo. *Íd.*, pág. 781. Con esta finalidad, intimó las siguientes interrogantes: “¿bajo qué condiciones las suscribió? ¿Qué entendía ella [la reclamante] sobre el verdadero alcance del relevo suscrito? ¿Qué aseveraciones le comunicó el ajustador que la llevaron a tal entendimiento y, en consecuencia, a firmar el relevo?” De igual manera, el Tribunal Supremo entendió necesario que se dilucide en juicio prueba sobre los presuntos actos dolosos de la aseguradora dirigidos a lograr que la reclamante transija la reclamación. Ello, porque el dolo pudo haber viciado el consentimiento de la reclamante y, por ende, anular el relevo. *Íd.*, pág. 782.

III.

Tras un estudio objetivo, sereno y cuidadoso de los argumentos de las partes y de la totalidad del expediente, resolvemos la controversia ante nos.

En el presente caso, el apelante argumenta que el apelado pretende levantar la doctrina de pago en finiquito como defensa para eludir los deberes y obligaciones que le impone el Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*, y liberarse de su responsabilidad bajo la póliza mediante el pago al asegurado de una cantidad sustancialmente menor a la que tiene derecho. Ello, en ausencia de un consentimiento informado de su parte y sin que el apelado hubiese actuado de buena fe, según lo requiere el Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*.

Por su parte, el apelado arguye que el apelante tenía conocimiento de que el pago en cuestión representaba la extinción

de su obligación y que si estaba en desacuerdo tenía la obligación de devolver el cheque para que no se activara la doctrina de pago en finiquito.

Ante controversias similares, varios paneles de este Tribunal han tomado posturas opuestas con respecto a si procede o no aplicar sumariamente la doctrina de pago en finiquito en casos donde un reclamante ha cobrado un cheque de la aseguradora que contiene letras pequeñas al dorso como relevo de una reclamación. Dados los hechos particulares de este caso, acogemos la postura de los paneles que han rechazado aplicar por la vía sumaria la doctrina del pago en finiquito.⁴ Así, pues, decretamos que el lenguaje en letras pequeñas que la aseguradora incluyó al dorso del cheque que el asegurado cobró en el caso de autos, es insuficiente para establecer inequívocamente que éste tenía un claro entendimiento sobre el alcance de la oferta de la aseguradora.

Como bien resolvió un panel hermano de este Tribunal en ***Chiriboga et als. v. Triple S Propiedad***, ante, los siguientes requisitos han de cumplirse para que proceda aplicar el pago en finiquito en contra del asegurado que recibió y cobró el cheque en pago de su reclamación: (i) que el pago realizado fuese justo, razonable o equitativo, a la luz de los daños sufridos por la Demandante, cubiertos por la Póliza; (ii) que no hubiese ventaja indebida de parte de la Aseguradora; (iii) que se hubiese perfeccionado, libre y válidamente, el consentimiento de la Demandante de transigir de forma final su reclamación; (iv) que la Aseguradora hubiese brindado una adecuada orientación y asistencia a la Demandante.

⁴ ***De La Cruz Pellot v. Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico y otros***, Sentencia de 17 de diciembre de 2019, KLAN201900948; ***Massa Muñoz, y otros v. Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico, y otros***, Sentencia de 17 de diciembre de 2019, KLAN201901000; ***Chiriboga et als. v. Triple S Propiedad***, Sentencia de 31 de enero de 2020, KLAN201901318.

Surge del expediente de marras que el apelante sustentó su reclamación de daños con un informe detallado que consta de 50 páginas.⁵ De igual manera, obra en el expediente una carta del apelado dirigida al apelante con fecha de 10 de abril de 2018 en respuesta a su solicitud de reconsideración. Allí, expresó haber reconsiderado la reclamación de daños del apelante por lo cual -en lugar de conceder una cuantía menor al deducible- hizo una oferta de pago de \$1,736.80.⁶ Asimismo, consta en el expediente un documento en inglés titulado “Proof of Loss and General Release” que preparó el apelado para la firma del apelante cuyo fin era relevar al apelado de toda reclamación tras la aceptación del pago de \$1,736.80.⁷

En virtud de lo anterior, concluimos que no surge palmariamente del expediente de autos si el apelante tuvo un claro entendimiento de que transigió de forma final su reclamación mediante el endoso y depósito del cheque de \$1,736.80 que le entregó el apelado. Tampoco surge si tales actos del apelado respondieron a una opresión o ventaja indebida generada por la naturaleza de la relación entre ambas partes a la luz de todas las circunstancias pertinentes al momento en que ello ocurrió. Análogamente, el récord tampoco le permitió al TPI evaluar si la oferta del apelado fue justa, razonable y equitativa o si el apelado actuó mediante dolo al hacer una oferta significativamente inferior a la reclamada por el apelante.

Conforme a la normativa expuesta y a lo resuelto en **A. Martínez & Co. v. Long Const. Co.**, ante, previo a aplicar la doctrina de pago en finiquito a estos hechos, el TPI debió evaluar si el apelado actuó mediante opresión o ventaja indebida en contra del

⁵ Apéndice, págs. 61-110.

⁶ Véase, Estimado de Daños, Apéndice, pág. 115-116.

⁷ Apéndice, pág. 41.

apelante y si el consentimiento del apelante al aceptar el pago se realizó bajo un claro entendimiento de que éste representaba una propuesta para extinguir la obligación.

Asimismo, en virtud de la prohibición que establece el Código de Seguros en los incisos 6 al 8 del Artículo 27.161, 26 LPRA sec. 2716a, el TPI debió recibir prueba sobre si el apelado actuó de buena fe al ofrecer y transigir esta reclamación por una cantidad sustancialmente menor y si ello representó el ajuste justo y equitativo que exige el Código de Seguros de Puerto Rico, *supra*.

Por tanto, concluimos que en el presente caso existe controversia con respecto a:

- (1) si el apelado hizo un ajuste justo, equitativo y de buena fe al emitir un cheque en pago de su obligación para con el apelante por una cuantía significativamente menor;
- (2) si el consentimiento del apelante mediante el endoso y depósito del cheque estuvo viciado puesto que el apelado no informó adecuadamente al apelante sobre el resultado del ajuste y su fundamento;
- (3) si el apelante entendió razonablemente el efecto de endosar y depositar el cheque en cuestión a base de la información que el apelado le proveyó junto al pago.

Sobre tales bases, dictaminamos que el TPI estaba impedido de aplicar la doctrina de pago en finiquito sumariamente. Aún existe controversia sobre hechos materiales a dilucidar en un juicio en su fondo. Por lo cual, revocamos la desestimación de la demanda. El TPI habrá de celebrar un juicio en su fondo donde las partes presenten prueba sobre los hechos en controversia aquí enumerados.

IV.

Por lo antes expuesto, se revoca la Sentencia recurrida y se devuelve este asunto al TPI para la continuación de los procedimientos de conformidad con lo aquí resuelto.

Lo acordó y manda el Tribunal, y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones