



Roj: **STSJ AND 12044/2018** - ECLI: **ES:TSJAND:2018:12044**

Id Cendoj: **41091340012018103097**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social**

Sede: **Sevilla**

Sección: **1**

Fecha: **04/10/2018**

Nº de Recurso: **2892/2017**

Nº de Resolución: **2744/2018**

Procedimiento: **Social**

Ponente: **LUIS LOZANO MORENO**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

**Recurso nº 2892/17 -J- Sentencia nº 2744 /18**

**TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCIA**

**SALA DE LO SOCIAL**

**SEVILLA**

**Ilmos. Sres.**

**DON LUIS LOZANO MORENO**

**DON FRANCISCO MANUEL ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ**

**DOÑA MARÍA DEL CARMEN PÉREZ SIBÓN**

**En Sevilla, a cuatro de octubre de dos mil dieciocho.**

La Sala de lo Social de Sevilla del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, compuesta por los Ilmos. Sres. citados al margen,

**EN NOMBRE DEL REY**

ha dictado la siguiente

**SENTENCIA NÚM. 2744 /18**

**En el recurso de suplicación interpuesto por Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A., contra la sentencia del Juzgado de lo Social número Uno de los de Sevilla dictada en los autos nº 1652/13; ha sido Ponente el Ilmo. Sr. Don LUIS LOZANO MORENO, Magistrado.**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Según consta en autos, se presentó demanda por D. Germán contra la recurrente y **Telefónica** de España SAU, se celebró el juicio y se dictó sentencia el día doce de mayo de 2017 por el Juzgado de referencia, en la que **se estimó la demanda.**

**SEGUNDO.-** **En la citada sentencia y como hechos probados se declararon los siguientes:**

**PRIMERO.-** D. Germán , nacido el NUM000 /52, prestó servicios para **Telefónica** de España SAU con la categoría profesional de instalador reparador.

**SEGUNDO.-** **Telefónica** de España SAU tiene suscrita con Seguro de Vida y Pensiones **Antares** S.A. Póliza de Seguro Colectivo de Riesgo. El 27/9/07 **las partes firmaron anexo 30-31** en el que se hacía constar respecto del alcance de la cobertura de la IPA que " ... a efectos de fijar la fecha del evento asegurado no es determinante la fecha del accidente o de la enfermedad de los que deriva la invalidez declarada sino la fecha de efectos jurídicos y/o económicos fijados en la resolución administrativa o judicial". El actor estuvo adherido a la referida póliza hasta los 61 años. Se dan por reproducidas póliza de seguro y certificado individual de seguro



correspondiente al Sr. Germán . La cantidad a abonar en supuestos de IPA ascendía a 141358,05 €. Esta cantidad se minoraría con el importe de los derechos consolidados en el plan de pensiones, sin incluir los derechos consolidados correspondientes a las aportaciones voluntarias.

TERCERO.- El actor, como beneficiario del Plan de Pensiones de Empleados de Telefónica, recibió en concepto de prestación la cantidad de 58871,02 €.

CUARTO.- El 11/2/13 el actor cumplió 61 años, causando baja en la póliza del Seguro Colectivo de Riesgo.

QUINTO.- El 2/12/11 el INSS dictó resolución por la que declaró al actor en situación de Incapacidad Permanente Total derivada de enfermedad común, con efectos desde 24/11/11. El cuadro clínico que determinó esta declaración fue: aneurisma de aorta abdominal intervenido con endoprótesis, embolización de art. hipogástrica derecha con dilatación aneurismática del tronco celiaco, safenectomía izquierda, HTA, dislipemia, tromboembolismo pulmonar de LMD. El dictamen del EVI se emitió el 25/11/11.

SEXTO.- Solicitada revisión de grado, el 5/3/13 se acordó mantener el grado reconocido, tras dictamen propuesta del EVI de 7/2/13. Formulada reclamación previa, la misma fue estimada por resolución de 8/5/13 que declaró al actor en situación de Incapacidad Permanente Absoluta derivada de enfermedad común, con efectos económicos desde 6/3/13. El 30/4/13 se emitió dictamen del EVI en el que se hacía constar "este dictamen sustituye al emitido con fecha 7/2/13 ya que ha procedido modificar la calificación a la vista de la reclamación previa presentada". El cuadro clínico que determinó la declaración del actor en situación de IPA fue: aneurisma de aorta abdominal intervenido con endoprótesis, embolización de art. hipogástrica derecha con dilatación aneurismática del tronco celiaco, safenectomía izquierda, HTA, dislipemia, tromboembolismo pulmonar de LMD.

SÉPTIMO.- Se da por reproducido certificado emitido el 4/7/13 por el Subdirector Provincial de Prestaciones del INSS, en el que se hace constar que "la pensión de IPA se considera causada el 7/2/13 fecha de la sesión en la que el EVI calificó la Incapacidad Permanente con el grado de absoluta".

OCTAVO.- El 22/9/11 el actor sufrió un aneurisma de aorta abdominal subrenal. Se dan por reproducidos documentos médicos obrantes en autos.

NOVENO.- Intentado sin efecto el preceptivo acto de conciliación se presentó la demanda origen de los presentes autos.

TERCERO.- La Cía. Aseguradora demanda recurrió en suplicación contra tal sentencia, siendo impugnado su recurso por el actor y por Telefónica S.A.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La demandada Seguros de vida y Pensiones Antares S.A. recurre en suplicación la sentencia que estimó la demanda interpuesta por el actor y la condenó a que abonara al actor la cantidad de 82487,03 € en concepto de mejora voluntaria por la incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio de la que fue declarado afecto por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Formula en su recurso tres motivos, al amparo del art. 193 c) de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social, que resolvemos a continuación, advirtiendo desde este momento que una cuestión prácticamente idéntica a la que ahora se plantea fue resuelta por esta Sala en sentencia de 21 de julio de 2016, en la que se refiere a otras anteriores, en recursos planteados por la misma Aseguradora que ahora recurre, en aplicación de idéntica póliza, por lo que llegaremos a la misma solución por razones de seguridad jurídica, al no haber razón alguna que imponga un cambio de criterio.

SEGUNDO.- En el primer motivo que formula con el amparo procesal indicado denuncia que la sentencia, al estimar la demanda interpuesta por el actor, infringió lo dispuesto en el artículo 8.6.b) de Real Decreto Legislativo 1/2002 en relación con el artículo 13.2 de Orden Ministerial de 18 de enero de 1966 y Real Decreto 1300/95 y la condición particular 4.2 de la póliza nº 123854 a la que se hace referencia en los hechos declarados probados, manteniendo que la fecha del hecho causante de la incapacidad permanente absoluta para la que se solicita la mejora voluntaria no ha de fijarse como lo hace la sentencia de instancia, sino que ha de situarse en la fecha de efectos económicos de la resolución administrativa que declaró al actor afecto de tal grado de incapacidad permanente tras expediente de revisión por agravación desde la incapacidad permanente total para su profesión habitual de la que fue declarado afecto en el año 2011. Aquí se produce la diferencia más relevante entre este recurso y el que dio lugar al dictado de la sentencia antes citada, pues en aquel supuesto mantenía que el hecho causante debía fijarse "...en la fecha del informe de la EVI, esto es ..., o en la fecha de la resolución administrativa que le reconoce a la actora en Incapacidad Permanente Absoluta derivada de enfermedad común", es decir, que ahora omite la fecha del informe del EVI, seguro que porque en



este caso, de tomarse tal fecha como referencia, sí estaría el actor todavía en la póliza, por no haber cumplido aún los 61 años de edad. También denuncia a continuación la infracción de los artículos 1255 y 1281 del Código Civil y **sentencia del Tribunal Supremo en relación con el anexo 30-31 de la póliza n° 123854**, para defender que con el texto literal del anexo, no puede situarse la fecha del hecho causante de la mejora reclamada en momento distinto de la resolución administrativa que reconoce a la actora en Incapacidad Permanente Absoluta y, por último, de la jurisprudencia que cita, artículos 1255 y 1281 del Código Civil y **sentencia del Tribunal Supremo en relación con el anexo 30-31 de la póliza n° 123854/709368**, para defender que con el texto literal del anexo, no puede situarse la fecha del hecho causante de la mejora reclamada en momento distinto de la resolución administrativa que reconoce a la actora en Incapacidad Permanente Absoluta.

En cualquier caso, como ya dijimos anteriormente, la cuestión fundamental para resolver este motivo de recurso es la fijación del hecho causante de la mejora que reclama la actora. El tema de la fijación del hecho causante de las mejoras voluntarias de la seguridad social, ha sido objeto de tratamiento reiterado por el Tribunal Supremo que, al respecto ha dictado varias sentencias en unificación de doctrina y a allí fijada hemos de atenernos. Por lo que se refiere a la mejora de invalidez cuando la contingencia de la I. Permanente deriva de accidente de trabajo, desde su Sentencia de 1-02-2000, dictada por el Pleno, el Tribunal Supremo ha entendido que la fecha del hecho causante de la mejora se determina por la fecha del accidente porque éste es el riesgo asegurado, y, por lo tanto, es la fecha de producción del accidente la que determina la aseguradora responsable, aunque el efecto dañoso aparezca con posterioridad; esta doctrina ha sido seguida sin fisuras por las posteriores sentencias del mismo Tribunal Supremo de fechas 25 de junio de 2001, 15 de diciembre de 2003, 12 de mayo de 2006, 30 de abril de 2007, 24 de septiembre de 2008 y 19 de enero de 2009.

Ahora bien, en el supuesto de que la contingencia de la que deriva la invalidez mejorada sea enfermedad común, no es aplicable sin más la anterior doctrina; en estos supuestos la regla general, a falta de pacto al constituir la mejora, es acudir a la norma sobre prestaciones obligatorias de la Seguridad Social, que la fija en la fecha del dictamen de la EVI, salvo cuando las secuelas aparezcan consolidadas con carácter invalidante en una fecha anterior, en cuyo caso la fecha del hecho causante debe retrotraerse a ese momento anterior en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles. Esta es la doctrina que fija el Tribunal Supremo en Sentencia del Pleno de 14-04-10 (Recurso de casación para unificación de doctrina 1813/2009), sentencia esta que razona como sigue: " 1. - Como se viene advirtiendo, la doctrina de la Sala a que se ha hecho referencia se ha elaborado fundamentalmente para los accidentes de trabajo, primero respecto del reaseguro y luego para las mejoras voluntarias.

2.- Entendemos que esa misma solución no puede extenderse a los riesgos derivados de enfermedad común, como al ahora enjuiciado, pues, -- dejando aparte que los citados arts. 100 y 104 Ley Contrato de Seguro ( RCL 1980, 2295) -LCS (Ley 50/1980 de 8-octubre) se refieren genéricamente al seguro de accidentes y no al seguro de accidentes laborales, los que entrarían en el seguro de responsabilidad civil ( arts. 73 y siguientes LCS en el marco del seguro de daños) si cubrieran la responsabilidad empresarial por este riesgo, completando el aseguramiento público que se realiza a través de la Seguridad Social, aunque a aquéllos preceptos se remita el art. 106 LCS relativo al aseguramiento de la enfermedad " en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros " --, resultarían inaplicables en la mayoría de los casos los argumentos jurisprudenciales anteriormente expuestos (tanto los de la Sala Social como de la Civil) dada la dificultad de fijar el momento en que se inicia de forma trascendente la situación de enfermedad común de la que sin solución de continuidad deriva necesariamente la posterior declaración de incapacidad permanente, con los que el cambio doctrinal podrá generar inseguridad jurídica y frecuentes litigios en orden a la determinación de dicho momento inicial de constituirlo como hecho causante, y, por otra parte, no supondría ninguna modificación sustancial (que no pudiera resolverse en aplicación de la doctrina hasta ahora mantenida por esta Sala, a la que luego se hará referencia) si el cambio consistiera simplemente en adelantar el momento del hecho causante desde la fecha del dictamen de la UVAMI al momento en que se inicia la situación de IT normalmente previa, pues sería un adelanto temporal de escasos meses en la práctica, al menos, en los supuestos ordinarios.

3.- El propio concepto de enfermedad común y de accidente de trabajo, jurisprudencialmente delimitados, avala la dificultad práctica de la determinación del hecho causante en los supuestos de enfermedad común si para ello debe atenderse a criterios psico-físicos del inicio trascendente de la enfermedad. A estos fines delimitadores entre los conceptos de enfermedad y de accidente, debe recordarse la doctrina unificada contenida en la jurisprudencia recaída en los supuestos de fallecimiento derivado del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los que, -- de no contraerse por personal médico o análogo como consecuencia de la actividad profesional realizada --, han sido calificados como derivados de enfermedad común, argumentándose que es una enfermedad que se adquiere y lentamente conduce al desgraciado final que no puede reputarse ni repentino ni imprevisto, por lo que no tiene cabida en los conceptos ex arts. 84 y 85 LGSS /74 ( RCL 1974, 1482) ( hoy arts. 115 a 117 LGSS /94 ( RCL 1994, 1825) ) (entre otras, SSTS/IV 2-junio-1994 ( RJ 1994, 5400) -recurso 3276/1993 , 20-octubre-1994 ( RJ 1994, 8099) -recurso 228/1994 , 25-enero-1995 ( RJ 1995, 411) -recurso 1828/1994 );



afirmándose que la contingencia determinante es la enfermedad común y no el accidente, argumentándose que " no puede desconocerse que un padecimiento como el examinado, es debido a un cuadro nosológico adquirido por una vía normal de contagio, que siempre es contingente por naturaleza, que se va desarrollando independientemente del hecho inicial al que se pretende atribuir la consecuencia, porque siendo externo, por lo que el ulterior desarrollo de la enfermedad, tardío, perezoso, hasta llegar al resultado fatal, no puede catalogarse como repentino en cuanto al óbito al que se llega; es una enfermedad que se adquiere y lentamente conduce al desgraciado final que no puede reputarse ni repentino, ni imprevisto, sin cabida en los conceptos que los arts. 84 y 85 de la LGSS presentan ".

4.- En definitiva, como fue objeto de debate en Sala General, la enfermedad en cuanto, " perturbación del estado de salud " presenta más dificultades de determinación temporal que el accidente - laboral o no -, pues éste opera produciendo una lesión corporal como consecuencia de una acción " violenta, súbita y externa " que es fácilmente observable en su principio y fin. El carácter más difuso de la enfermedad complica los problemas de inclusión del siniestro en el ámbito de la cobertura, pues, por una parte, puede fomentar la denominada " antiselección de riesgos " con respecto a enfermedades anteriores al seguro y, por otra, en sentido contrario, genera dificultades en orden a la fijación del límite de la cobertura respecto a las secuelas de la enfermedad que se manifiestan después de terminada la vigencia del contrato, en especial en las enfermedades en que el efecto propiamente invalidante se proyecta en el tiempo a partir de una evolución a veces muy lenta o del desencadenamiento de una crisis.

#### QUINTO

1.- Por lo expuesto, la Sala entiende que debe reiterarse en los supuestos de mejoras voluntarias derivadas de enfermedad común la doctrina tradicional que se refleja, entre otras muchas, en la STS/IV 30-abril-2007 ( RJ 2007, 4845) (rcud 618/2006 ) y en las que ellas se citan, en las que se establece: a) como regla, que para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (como ahora acontece), para determinar la fecha del hecho causante (HC) de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono, ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI; y b) como excepción, que la hecha del HC puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles".

La aplicación de la doctrina expuesta al supuesto examinado, permite colegir el acierto de la sentencia de instancia, que fija el hecho causante de la mejora que por Incapacidad Permanente Absoluta derivada de enfermedad común que reclama el actor en una fecha anterior a aquella en que cumplió los 61 años de edad, el 11 de febrero de 2013, sin que el recurrente impugne este extremo, ya que sólo argumenta que, según la póliza, el hecho causante ha de entenderse referido a la fecha de efectos económicos de la incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio, fijados por la resolución administrativa, que fueron posteriores al cumplimiento de aquella edad por el actor.

**TERCERO.-** El valor jurídico que haya de darse al apéndice al seguro que cita el recurrente lo ha determinado esta Sala en la Sentencia núm. 273/2011 de 3 febrero, dictada al resolver el recurso de Suplicación 143/2010 que al respecto dice: " No cabe duda que la denominada "interpretación" efectuada por las partes firmantes de la póliza, ha limitado y restringido el riesgo protegido, apreciándose con toda claridad que lo que se ha producido en realidad no es una interpretación sino, por esta vía, una verdadera modificación del contrato de seguro antes de su finalización y en perjuicio del asegurado...".

Es cierto que la posición del tomador (**Telefónica**) no es la misma que la del asegurado (demandante), quien puede obtener los beneficios del aseguramiento pero no es la parte que contrata. Ello sin embargo, no impide que éste pueda impugnar una determinada interpretación que por los contratantes se haya hecho de una concreta cláusula de la póliza hallándose vigente el contrato, que considere se aparta de sus términos o contenido.

Por otra parte, no cabe obviar en todo caso, como se señaló al inicio de este Fundamento Jurídico, la doctrina de la Sala IV que ha venido subrayando la existencia de un doble plano: convenio colectivo, póliza de seguros; de tal manera que aunque el convenio colectivo establezca una cobertura amplia, cabe que la empresa solamente haya contratado con la aseguradora una parte de aquella, en cuyo caso aquella no puede pretender que se amplíen los términos de lo que ella misma ha contratado, ( STS de 31 de enero de 2006 que , con cita de la de 13 de mayo de 2004 , señala "...no hay que confundir "las obligaciones que nacen del convenio colectivo y vinculan a la empresa y sus trabajadores, con las que dimanar del contrato de seguro".

En similar sentido se ha pronunciado la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 25-9-2009 .

En el presente caso, el Art. 247 de la Normativa laboral de **Telefónica** 1994 (BOE de 20/8/2004) (Actualizada a Febrero 1998) en la Sección 4 , relativa al seguro colectivo, determina que "La Empresa compensará a los



trabajadores fijos la totalidad de los importes de las cuotas correspondientes al Seguro Colectivo, tanto en su escala simple como en su escala doble. El personal temporal que voluntariamente así lo solicite, quedará cubierto con una póliza de Seguro de Grupo de Vida, a suscribirse por la Empresa con la Entidad Aseguradora que estime oportuna, que garantice el pago de un capital en caso de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente por causa natural. Esta cobertura se duplicará en caso de que el fallecimiento o invalidez absoluta y permanente se produzca como consecuencia de un accidente. La financiación de esta póliza de Seguro de Grupo de Vida, se efectuará con los mismos criterios que para la existente actualmente en relación al personal fijo, si bien adaptando la prima al capital asegurado."

A su vez el Art. 4º de las condiciones especiales del seguro de riesgos complementario, al que también hemos aludido anteriormente, determina "Objeto del seguro: por el presente seguro complementario la entidad garantiza el pago del capital señalado en las condiciones particulares, en el supuesto de que el asegurado resulte afectado de una invalidez permanente absoluta. A los efectos de este seguro se entiende por invalidez permanente absoluta la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de este para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional".

De los términos del Convenio Colectivo se constata que, a pesar de su ambigua redacción, la posición de la empleadora no es de titular de derecho que se asegura, sino de la obligada a su pago, y por ello, no es la que puede modificar los términos del seguro, ya que tales términos están fijados en el Convenio, sino únicamente la que debe abonar su coste. De tal obligación de pago de la prima o de la posición que la empresa haya querido mantener en el contrato de seguro suscrito, no puede mermar los derechos fijados en el Convenio Colectivo relativos al seguro colectivo, y tal Convenio no limita la incapacidad permanente en la forma que han llevado a cabo la empleadora y la aseguradora.

En efecto, tal cobertura no puede limitarse por el cauce de una particular interpretación, que excluye del ámbito del seguro la normativa de la Seguridad Social básica en esta materia, que desde la firma de la primera póliza, venía aplicándose ante el vacío existente en la misma (y en el Convenio) por inespecificación del hecho causante".

No hay, como dijimos más arriba, razón alguna que aconseje el cambio de criterio, que seguimos manteniendo, por lo que ha de ser desestimado también el motivo en el que el recurrente denunciaba la infracción de lo allí dispuesto.

**CUARTO.-** Entendemos que la cuestión sometida a debate ya ha sido resuelta con lo dicho en los anteriores fundamentos de derecho. No obstante tenemos que indicar, además, que el hecho causante de la prestación de incapacidad permanente absoluta para toda profesión u oficio reconocida al actor tras expediente de revisión por agravación ha de ser referido a la fecha de emisión del dictamen del EVI -como ya hemos visto que mantenía el propio recurrente en un recurso anterior-, pues como dijo el T.S. en sentencia de 17 de septiembre de 2004, "... como quiera que las previsiones del art. 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1.996, incardinado en la sección tercera de su capítulo segundo, no son aplicables al procedimiento de revisión que la Orden regula independientemente en la sección cuarta, que no incluye ninguna remisión a la tercera, es obligado concluir que en los casos de revisión, la única fecha en la que puede entenderse producido el hecho causante, sigue siendo la de la presentación de la solicitud; lo que no obsta para que si se estima la petición, los efectos económicos de la nueva pensión solo se produzcan a partir de la resolución administrativa. como quiera que las previsiones del art. 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1.996, incardinado en la sección tercera de su capítulo segundo, no son aplicables al procedimiento de revisión que la Orden regula independientemente en la sección cuarta, que no incluye ninguna remisión a la tercera, es obligado concluir que en los casos de revisión, la única fecha en la que puede entenderse producido el hecho causante, sigue siendo la de la presentación de la solicitud; lo que no obsta para que si se estima la petición, los efectos económicos de la nueva pensión solo se produzcan a partir de la resolución administrativa.", siendo así que la fecha del dictamen referido, como ya dijimos más arriba, fue anterior a la del cumplimiento por el actor de los 61 años, fecha en que causó baja en la póliza, por lo que la aseguradora es responsable del abono de la cantidad reclamada.

Por todo lo dicho, desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por la indicada Cía. Aseguradora, y confirmamos la sentencia recurrida.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación

## FALLAMOS

Que desestimando el recurso de suplicación interpuesto por Seguros de Vida y Pensiones **Antares, S.A.** contra la sentencia dictada el 12 de mayo de 2017 por el Juzgado de lo Social Número Uno de Sevilla, sobre



reclamación de cantidad, en autos seguidos a instancias de D. Germán contra la recurrente y Telefónica de España SAU, debemos confirmar y confirmamos esa sentencia.

Se decreta la pérdida de los depósitos y consignaciones efectuados por Seguros de Vida y Pensiones Antares, S.A, para recurrir, a los que se dará el destino que legalmente proceda.

Igualmente, se condena a la recurrente Seguros de Vida y Pensiones Antares, S.A., al pago de las costas de este recurso, en las que sólo se comprenden -por no constar la reclamación de otros gastos necesarios- los honorarios del letrado impugnante de su recurso en cuantía de quinientos euros que, en caso de no satisfacerse voluntariamente, podrán interesarse ante el Juzgado de lo Social de instancia, por ser el único competente para la ejecución de sentencias.

Notifíquese esta sentencia a las partes y al Excmo. Sr. Fiscal de este Tribunal, advirtiéndose que, contra ella, cabe recurso de Casación para la unificación de doctrina, que podrá ser preparado dentro de los DIEZ DÍAS hábiles siguientes a la notificación de la misma, mediante escrito dirigido a esta Sala, así como que transcurrido el término indicado, sin prepararse recurso, la presente sentencia será firme.

Asimismo se advierte al recurrente no exento que, si recurre, deberá acreditar ante esta Sala haber efectuado el depósito de 600 €, en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones, abierta en la entidad Banco de Santander, en la Cuenta -Expediente nº 4052-0000-35-2892-17, especificando en el campo concepto, del documento resguardo de ingreso, que se trata de un "Recurso".

Una vez firme esta sentencia, devuélvase los autos al Juzgado de lo Social de referencia, con certificación de esta resolución, diligencia de su firmeza y, en su caso, certificación o testimonio de la posterior resolución que recaiga.

Únase el original de esta sentencia al libro de su razón y una certificación de la misma al presente rollo, que se archivará en esta Sala.

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN:** En Sevilla a cuatro de octubre de 2018.