



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL**

**TEMA:**

**La reticencia como carga probatoria y su valoración en los procesos de indemnización de seguros de vida.**

**AUTOR:**

**Abg. Velez Freire Carlos Eduardo**

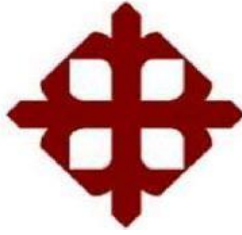
**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO  
ACADÉMICO DE: MAGÍSTER EN DERECHO MENCIÓN DERECHO  
PROCESAL**

**REVISOR:**

**Pérez Puig-Mir, Nuria**

**Guayaquil, Ecuador**

**18 de mayo del 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Carlos Eduardo Vélez Freire**, como requerimiento parcial para la obtención del grado académico de **Magister en Derecho mención Derecho Procesal**.

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

**Dra. Nuria Pérez Puig-Mir**

**REVISORA**

**Dra. Nuria Pérez Puig-Mir**

**Guayaquil, 18 de mayo del 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Ab. Carlos Eduardo Vélez Freire

**DECLARO QUE:**

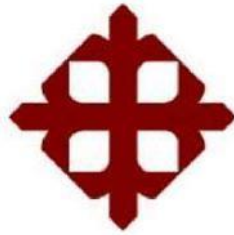
El trabajo de titulación: “La reticencia como carga probatoria y su valoración en los procesos de indemnización de seguros de vida.” previo a la obtención del **Grado Académico de Magister en Derecho mención Derecho Procesal**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan durante el desarrollo del trabajo investigativo, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, 18 de mayo del 2026**

**EI AUTOR**

**Ab. Carlos Eduardo Vélez Freire**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL**

**AUTORIZACIÓN**

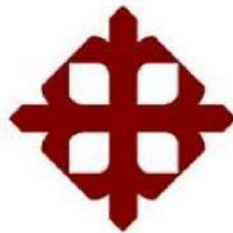
**Yo, Ab. Carlos Eduardo Vélez Freire**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del trabajo de titulación previo a la obtención del Grado Académico de Magister en Derecho Mención Derecho Procesal en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, titulado: “**La reticencia como carga probatoria y su valoración en los procesos de indemnización de seguros de vida.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 18 de mayo del 2026**

**EL AUTOR:**

**Ab. Carlos Eduardo Vélez Freire**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL  
INFORME DE COMPILATIO

The screenshot displays the Compilatio web interface. At the top, there is a navigation bar with 'Menú', 'Compilatio', and 'Crear' buttons. The main header includes 'Todas las herramientas', 'Editar', 'Convertir', 'Firma electrónica', and a search bar. A 'Compartir' button and a 'Pregunta al Asistente de IA' button are also visible.

The document being analyzed is 'ENSAYO FINAL 2026 SIN BIBLIOGRAFIA' with ID: 0ec0ab375ac9fdd7102e45859f535018648cc7b6. The analysis shows 3% suspicious texts.

Metadata provided includes:  
Nombre del fichero: ENSAYO FINAL 2026 SIN BIBLIOGRAFIA.txt  
Tamaño del archivo original: 51,13 kB  
Número de palabras: 6495  
Número de caracteres: 41912  
Depositante: Miguel Antonio Hernández Terán  
Fecha de depósito: 12 de mayo de 2026  
Tipo de carga: interface  
Fecha de fin de análisis: 12 de mayo de 2026

The 'Resumen' section (sección 1/3) shows the localization of suspicious texts in the document with a progress bar. It also includes a 'Similitudes' section with a 3% total similarity, broken down into 'Sintáctica 3%' and 'Semántica No medido'. A 'Detección de IA' section also shows a 3% detection rate, with a note that this is an indicator, not a proof, and suggests checking the author's knowledge.

The Windows taskbar at the bottom shows the search bar, task view, and various application icons. The system tray indicates the time is 12:40 on 20/5/2026.

**DEDICATORIA**

A mi madre Mercedes Zeballos Sánchez (+)

Carlos Eduardo Vélez Freire

## **AGRADECIMIENTO**

A cada uno de los profesores del programa de maestría, especialmente al Dr. Miguel Hernández Terán; a sus directivos y colaboradores con énfasis al Ing. Andrés Obando.

**INDICE GENERAL**

|   |           |
|---|-----------|
| RESUMEN .....   | <b>IX</b> |
| ABSTRACT .....  | <b>X</b>  |
| INTRODUCCIÓN .....  | <b>1</b>  |
| CONCEPTO Y NATURALEZA JURIDICA DE LA RETICENCIA .....                                   | <b>2</b>  |
| PRINCIPIOS DE LA CARGA PROBATORIA SEGÚN EL CÓDIGO ORGÁNICO<br>GENERAL DE PROCESOS ..... | <b>7</b>  |
| LA CARGA DE LA PRUEBA EN EL CONTRATO DE SEGURO .....                                    | <b>9</b>  |
| EL CASO BBVA SEGUROS 2025 DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ                               | <b>12</b> |
| LA SENTENCIA T-228 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA ...                           | <b>14</b> |
| CONCLUSIONES .....  | <b>17</b> |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | <b>18</b> |

## RESUMEN

La reticencia es el principal obstáculo jurídico que tienen los beneficiarios de un seguro de vida o desgravamen para acceder a una indemnización monetaria, entendida como la omisión deliberada o declaración inexacta por parte del asegurado de su estado de salud que constituye información relevante al momento de la suscripción de la póliza. A partir de este problema, el presente ensayo analiza su tratamiento como carga probatoria que deben asumir las compañías de seguros en las controversias derivadas del siniestro en este ramo de personas conforme al Código Orgánico General de Procesos, con aplicación de los principios de buena fe y equidad procesal.

***Palabras clave:*** reticencia; carga de la prueba; seguro de vida; buena fe; riesgo.

## ABSTRACT

Non-disclosure is one of the main legal hurdles beneficiaries face when attempting to obtain compensation under life or credit insurance policies. It involves the insured either withholding relevant information or providing inaccurate details about their health condition, facts that are essential at the time the policy is taken out. Based on this issue, this essay analyzes how non-disclosure is treated as a burden of proof in disputes arising from claims in this line of personal insurance under the General Organic Code of Civil Procedure, applying the principles of good faith and procedural fairness.

***Keywords:*** non-disclosure; burden of proof; life insurance; good faith, risk.

## **Introducción**

La presunta reticencia en el momento de suscripción del contrato de seguro de vida o póliza de desgravamen, constituye una complejidad al ubicarse en la línea fronteriza entre la ignorancia u omisión del deber de información del asegurado y la mala fe, sin descartar la negligencia de la compañía de seguros para evitar el fraude. El conflicto surge cuando la aseguradora niega la indemnización fundamentándose en la omisión o falsedad en la declaración del estado de salud del solicitante. En estos casos, la reticencia se convierte en el objeto de la controversia y la imperiosa intervención de un juez en su deber de aplicar correctamente los principios probatorios, equidad procesal, valoración y la carga dinámica, según el Código Orgánico General de Procesos (COGEP).

El presente estudio incluye un análisis de las resoluciones T-228 de 2025 de la Corte Constitucional de Colombia y del Tribunal Superior de Bogotá, BBVA Seguros 2025, respecto de la presunta reticencia del asegurado y la diligencia probatoria de las aseguradoras para demostrarla en concordancia con los principios procesales. Esta visión del derecho comparado permitirá reflexionar sobre un estándar equilibrado de valoración judicial en Ecuador, en la vía civil o contenciosa administrativa.

A partir de esta base, se plantea la pregunta central: ¿Cómo debe aplicarse la valoración probatoria de la reticencia en el proceso civil o contencioso administrativo conforme al COGEP para equilibrar el deber de diligencia de la aseguradora y la buena fe del asegurado, garantizando la verdad procesal

El objetivo del ensayo es analizar la reticencia en el contrato de seguro de vida como institución jurídica y como carga probatoria dentro de los procesos de indemnización, con el propósito de establecer los criterios para su adecuada valoración judicial conforme al Código Orgánico General de Procesos, considerando además el aporte de la jurisprudencia nacional o comparada.

## **Desarrollo**

### **Concepto y naturaleza jurídica de la reticencia**

Primero es necesario exponer que según el Código de Comercio ecuatoriano el seguro es un contrato mediante el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, a cambio del pago de una prima, a indemnizar al asegurado o a su beneficiario, por una pérdida o daño producido por un acontecimiento incierto; o, a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en una póliza y se clasifica en dos ramas: personas (vida, salud y accidentes personales); patrimoniales (robo, incendio, líneas aliadas, fianzas Etc.); como negocio consiste en asumir el riesgo de muchos para pagar el siniestro de pocos porque indemniza un daño generalmente con la recaudación de primas previo cálculo con la ley de los grandes números.

El riesgo es la posibilidad de que se haga tangible el evento dañoso, en una póliza de seguro de vida: enfermedades graves o la muerte. En la legislación ecuatoriana como institución jurídica está gobernada por el Código de Comercio, en el libro sexto, desde el artículo 690 hasta el Art.794 y se complementa con las resoluciones emitidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; el nervio motor se fundamenta en la triada: riesgo, siniestro e indemnización con el respaldo de las primas pagadas, reservas técnicas y el reaseguro.

El contrato de seguros se instrumenta en pólizas y esta se estructura con condiciones generales, particulares y especiales. Las condiciones generales de la póliza son las reglas básicas que aplican a todos los asegurados, usualmente contienen las disposiciones del Código de Comercio con algunas adaptaciones y sus cláusulas deben ser aprobadas por el ente de control, antes de su comercialización. Estas condiciones suelen incluir aspectos como la edad máxima para contratar el seguro, el plazo de carencia, y las exclusiones de cobertura. Por ejemplo, las pólizas de vida no cubren muertes por suicidio durante el primer año de vigencia, imprudencias graves, fenómenos naturales extremos, abuso de alcohol o drogas, participación en guerras, actos delictivos o tienen un límite de edad para contratar el seguro, generalmente alrededor de los 65 años. Por otro lado, las condiciones particulares son específicas para cada asegurado. Estas incluyen la suma asegurada, la prima que se debe pagar, y el plazo de la póliza. La suma asegurada es la cantidad de dinero que la aseguradora pagará a los beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado. La prima, por su parte, es el costo del seguro y puede variar según la edad, el estado de salud y otros factores del asegurado. Finalmente, también podrían estipularse condiciones especiales, que son cláusulas adicionales que se pueden agregar a la póliza para ampliar la cobertura, porque la ley permite que las partes pueden introducir modificaciones que adecuen la protección a la circunstancia actual (Peña Triviño, 2012, 66) por ejemplo tratamientos ambulatorios o desempleo temporal.

En el contexto de las pólizas de salud y de vida, la reticencia constituye una circunstancia insoslayable con efecto jurídico negativo al ocurrir el siniestro (muerte o enfermedad catastrófica) porque consiste en la ocultación presuntamente maliciosa del asegurado al exponer la naturaleza o características de los riesgos (su estado de salud) que desea cubrir, lo que significa selección adversa para la aseguradora e incompatible con el principio de buena fe contractual, con la desleal intención de obtener la disminución del monto de la prima de seguro o para ser admitido subrepticamente en

una póliza colectiva de desgravamen al tratarse de créditos hipotecarios cuyo beneficiario será una institución financiera; o en una póliza individual de vida para que en caso de muerte proteja el patrimonio de sus familiares y constituya respaldo financiero para el futuro; sin embargo, la reticencia no puede entenderse como cualquier omisión informativa, sino únicamente aquella que recaiga sobre hechos sustanciales, relevantes y determinantes para la formación del consentimiento del asegurador, ejemplo: haber ocultado hipertensión.

El artículo 710 del Código de Comercio ecuatoriano establece que el solicitante del seguro debe declarar objetivamente el estado del riesgo conforme al cuestionario propuesto por el asegurador, limitando esta obligación a los hechos efectivamente conocidos por aquel, donde podrían presentarse tres escenarios: (i) el silencio absoluto, donde se oculta conscientemente datos históricos de su salud, en su totalidad, omisión dolosa; (ii) la declaración incompleta del asegurado, donde se exhibe información sesgada -con presunción de dolo- pero la misma no permite que la compañía de seguros cuente con todos los elementos para determinar el riesgo; y, (iii) la declaración confusa, cuando el asegurado transmite la información pero lo hace en forma inexacta, generando problemas al interpretar los hechos, por ejemplo informa que es hipertenso pero evade informar que tuvo derrame cerebral tiempo atrás, omisión culpable.

En Colombia la ley 2475 de 2025 (Olvido Oncológico) modificó el artículo 1058 del Código de Comercio, el cual trata sobre la declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia, en los siguientes términos: “Se exceptúan de la obligación de declarar el estado del riesgo y de las sanciones por inexactitud o reticencia, los tomadores y/o asegurados que hayan padecido y superado la enfermedad de cáncer siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos cuatro años contados desde el final de su tratamiento sin recaídas posteriores o recurrencia de la enfermedad. En los casos que el tomador y/o asegurado haya sido diagnosticado de cáncer cuando era menor de edad, el tiempo anterior se disminuirá a dos años contados desde el final de su tratamiento, sin recaídas posteriores o la recurrencia de la enfermedad. Será nula toda renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que haya padecido la enfermedad de cáncer”.

En el caso hipotético de un asegurado con diagnóstico de cáncer superado hace más de 5 años según el artículo 1058 reformado, los tomadores o asegurados que hayan padecido y superado cáncer (sin recaídas posteriores) durante al menos cuatro años desde el final del tratamiento, quedan exceptuados de declarar ese estado del riesgo. Por lo tanto, si el asegurado tiene un diagnóstico superado hace más de cinco años sin recaídas no está obligado a declararlo y puede abstenerse de diligenciar solicitud de asegurabilidad.

En otro escenario si del tratamiento de quimioterapia se derivan otras patologías entonces las complicaciones o patologías derivadas del tratamiento sí deben ser declaradas, ya que la excepción solo aplica al cáncer superado, no a enfermedades adicionales resultantes del tratamiento. Esas patologías cuentan como parte del diagnóstico relevante para el riesgo.

En la doctrina encontramos que “se configura reticencia cuando el asegurado incumple su deber de ser exacto en sus declaraciones (falsa declaración) o de informar todas las circunstancias por él conocidas, por omisión u ocultamiento, por negligencia o incorrecta apreciación de que resultaban indiferentes (reticencia propiamente dicha)” (Ifrán, 2006, 126); en consecuencia, es trascendente que el asegurado informe con veracidad a la aseguradora de todas aquellas afectaciones a su salud que son de su conocimiento y que podrían impactar en la determinación del riesgo, a fin de que la aseguradora pueda, en cierta forma, representarse realmente cuál es el grado de riesgo que está asegurando. La doctrina también distingue entre la reticencia activa y la reticencia pasiva. La reticencia activa se produce cuando el asegurado toma medidas para ocultar o falsear información, mientras que la reticencia pasiva se produce cuando el asegurado simplemente omite información relevante.

De lo anteriormente expuesto se colige que la reticencia se refiere a circunstancias que eran de conocimiento del asegurado o que por su situación éste necesariamente debía conocer. En este sentido, el asegurado peca de reticencia “cuando silencia lo que sabía y tenía el deber de decir. Es clásica la expresión de Parella: “Callar cuando se tiene la obligación de hablar, es lo mismo que mentir.” (Bado, 2009,36). No obstante ello, la aseguradora deberá demostrar que dicha información era conocida por el asegurado, ya

que de acuerdo a la legislación de la materia, no existe presunción respecto del dolo y de la culpa.

Es necesario evitar confundir reticencia con preexistencia, esta última consiste en una enfermedad diagnosticada antes de la contratación que, según la póliza, puede estar excluida de cobertura en las condiciones generales, para que sea oponible, debe haber diagnóstico previo y el asegurado debe haberlo declarado. En cuanto a las preexistencias, las compañías de seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o no exigen la entrega de unos recientes, para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado y no limitarse a un simple formulario. Las aseguradoras que no confirman estado de salud declarado no pueden objetar la reclamación. A pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia, porque el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros. La no entrega del cuestionario de salud o la negligencia del asegurador al realizarlo excluye el dolo del tomador del seguro, de ahí que en el evento de una demanda para reclamar el pago de la indemnización por seguro de vida, en que la compañía de seguros alegó dolo o mala fe por no incluir enfermedades en el cuestionario, podrían resolverse a favor de los asegurados (deudores del crédito).

La reticencia se encuentra contemplada en el régimen de los vicios del consentimiento, pues el silencio u ocultamiento del asegurado determina que el asegurador adquiera una percepción errónea del riesgo. En otras palabras, “habrá error en el asegurador, toda vez que el asegurado le haya hecho creer que el riesgo es menos gravoso de lo que es en realidad, o cuando provoca una equivocada percepción respecto de alguna cuestión sustancial que altere sus cálculos actuariales” (Bado, 2009, 59).

Desde nuestra perspectiva, la reticencia deberá ser analizada según el contexto de contratación de la póliza. Cuando se contrata un crédito hipotecario, la póliza de desgravamen es una operación secundaria, y la entidad financiera se enfoca principalmente en la capacidad de pago del cliente, incluyendo sus ingresos, ahorro disponible y capacidad para pagar la cuota hipotecaria, y no el estado de salud del cliente. Es decir, siendo el crédito hipotecario la operación principal, la póliza de desgravamen pasa a un segundo plano. El deudor hipotecario, al ser calificado, ingresa automáticamente a la póliza colectiva de desgravamen que contrató la institución financiera con una compañía de seguros del mercado. Es posible que, simplemente por

ignorancia, el beneficiario del crédito omite información sobre su estado de salud previo, ya que la operación principal es el crédito hipotecario y no la póliza de desgravamen. Además, muchas veces no participa un broker de seguros que asesore sobre la información necesaria al potencial asegurado.

Por otro lado, hay casos en que el cliente busca una póliza de vida directamente, influenciado por la publicidad de las aseguradoras, pero no es asesorado correctamente o es inducido a error sobre la información que debe proveer sobre su estado de salud, por eso es importante distinguir estos escenarios para determinar si hubo reticencia dolosa o culposa.

### **Principios de la carga probatoria según el Código Orgánico General de Procesos**

En los procesos judiciales, el objeto de la actividad probatoria son los hechos. En efecto, la mayoría de los juicios giran en torno a diferentes versiones o interpretaciones de ciertos hechos, por lo que es necesario probar estos hechos para esclarecer la verdad y tomar una decisión justa los mismos que se introducen en el proceso a través de los actos de proposición tales como la demanda y su eventual reforma; en la contestación de la demanda y el pronunciamiento del demandado respecto de la veracidad de los hechos o de la prueba documental presentada; en la formulación o reforma de las excepciones; así como en los anuncios de prueba, en los anuncios de prueba nueva o en los anuncios de prueba para segunda instancia. De acuerdo con el artículo 158 del Código Orgánico General de Procesos (COGEP), la finalidad de la prueba es llevar al juzgador al convencimiento sobre los hechos y circunstancias controvertidos. Es decir, el propósito de la prueba es generar certeza en el juez acerca de cuál de las versiones presentadas por las partes se encuentra mejor sustentada.

Las acciones correspondientes al reclamo de seguros prescriben en tres años. Las controversias en materia de seguros específicamente derivadas de la póliza de vida pueden surgir cuando la aseguradora demande la rescisión del contrato por algún vicio pero antes de los dos años, ante un Juez de lo Civil porque después de ese lapso el seguro de vida es indisputable.

Respecto a la indisputabilidad del seguro de vida prevista en el artículo 785 del Código de Comercio es pertinente remitirnos a lo señalado por el doctor Eduardo Peña Trivifio, en su obra “Manual de Derecho de Seguros” (2012), que en relación con la indisputabilidad del contrato de seguro de vida, expone: “(...) El Diccionario Básico de

Seguros de Castelo y Pérez Escacho (30) define la indisputabilidad de la siguiente manera: ‘Circunstancia que con carácter específico se manifiesta en las pólizas de seguros de vida, en virtud de la cual no pueden perjudicar al asegurado las omisiones o reticencias que, sin mala fe, haya tenido al efectuar la declaración de seguro en base a la cual se ha emitido y formalizado la póliza’. (...) esta disposición, en refuerzo del artículo 80 (actual artículo 785 del Código de Comercio), confiere al asegurado una garantía de que no le perjudique las omisiones o reticencias que, hubieren hecho al asegurador previo a la contratación del seguro, transcurridos dos años desde su vigencia y mientras viva. A contrario sensu, la parte interesada, el asegurador por ejemplo, puede hacer valer frente al asegurado aquellas declaraciones con reticencia o la omisión de circunstancias que se necesiten para la fecha de perfeccionamiento del contrato (...) El hecho de que el seguro de vida sea indisputable a partir del segundo año de vigencia, se refiere a omisiones y reticencias hechas sin mala fe que no anulan el contrato (...)”.

Si se produjo la negativa de la aseguradora a indemnizar o no pronunciarse ante el requerimiento dentro de los treinta días como lo establece el Art. 726 del Código de Comercio, la legislación de la materia ofrece dos opciones al asegurado: (i) presentar el reclamo administrativo en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, conforme lo prescribe el artículo 42 de la Ley General de Seguros; (ii) acudir ante un Juez.

Respecto de la vía judicial se podría presentar una bifurcación procesal curiosa: si el asegurado prefiere demandar será el Juez de la Unidad Civil quien asuma la competencia y en vía sumaria; pero, si prefirió agotar la vía administrativa y si no estuviese de acuerdo con la resolución del ente de control, el Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo será el competente para conocer la impugnación, en proceso ordinario.

En materia de seguros, tenemos que entrelazar las reglas procesales con las disposiciones sustantivas del Código de Comercio , particularmente en lo relativo a la reticencia del asegurado y la distribución de la carga probatoria, gobernado por los siguientes principios:

## **La carga de la prueba en el contrato de seguro**

El artículo 723 del Código de Comercio distribuye claramente la carga probatoria: corresponde al asegurado probar la ocurrencia del siniestro y la cantidad del daño; al asegurador, en cambio, le incumbe probar los hechos excluyentes de su responsabilidad. El sistema ecuatoriano no presume la mala fe del asegurado, exige que sea demostrada de manera suficiente, protegiendo así el principio constitucional de buena fe y la presunción de licitud de los actos privados, regla que consta en el artículo 727 del mismo cuerpo legal, que dispone expresamente que, si se alega mala fe, dolo o fraude del asegurado, la carga de la prueba corresponde a la compañía de seguros quien suele estar en mejor posición técnica y documental para acreditar exclusiones, agravaciones del riesgo o supuestos de reticencia dolosa y que solo podrán ser declarados en sentencia por el juez competente.

Bajo el principio de carga de la prueba no basta la afirmación de que existió una enfermedad grave sino que la aseguradora debe demostrar que hubo ocultamiento consciente y relevante. Si no lo prueba, la negativa de cobertura carece de sustento. La aseguradora tenía que remitir al asegurado la respectiva póliza con sus coberturas y exclusiones debidamente detalladas, determinando las obligaciones como la realización de un chequeo médico y el formulario de declaración de salud que deberá ser contestado con veracidad, de ser posible incorporando el expediente clínico en el evento de haber tenido ciertas enfermedades antes de contratar el seguro de vida o desgravamen, también haber obtenido autorización del asegurado para investigar enfermedades preexistentes.

### **Principio de sana crítica**

El COGEP, en el Art. 164, establece que el juez valorará la prueba según las reglas de la sana crítica, es decir, aplicando la lógica, la experiencia y los conocimientos científicos; respecto de la presunta reticencia, el juez tendrá que analizar las exclusiones estipuladas en la póliza y su relación con el diagnóstico médico previo a la contratación del seguro, tomar en cuenta la declaración de parte del asegurado, su historia clínica y el cuestionario de salud diseñado por la aseguradora.

### **Principio de contradicción**

Toda prueba debe practicarse con posibilidad de contradicción por la parte contraria. Si la aseguradora presenta historia clínica para probar enfermedad preexistente, el beneficiario puede impugnar su autenticidad, presentando peritaje médico y demostrar que el asegurado no tenía conocimiento del diagnóstico, inclusive impugnar si esa historia clínica fue obtenida sin su autorización.

### **Principio de inmediación**

El juez en la audiencia al tener contacto directo con las partes y la práctica de la prueba: declaración del asegurado, en caso de enfermedades catastróficas para determinar si conocía de su enfermedad antes de contratar la póliza, la explicación del cuestionario de salud si fue bien elaborada por la compañía de seguros o si las coberturas fueron notificadas y explicadas al asegurado permitirá evaluar la credibilidad y coherencia, elementos esenciales para determinar si existió mala fe por parte del asegurado.

### **Principio de pertinencia, conducencia y utilidad de la prueba.-**

Para superar la fase de admisibilidad, el artículo 160 del Código Orgánico General de Procesos establece que los medios probatorios para poder ser valorados, y practicados en juicio con lealtad y veracidad deben cumplir con tres requisitos: pertinencia, utilidad y conducencia. Las partes, en el presente estudio, compañía de seguros y beneficiarios de la póliza de vida, tienen la facultad, reconocida en el artículo 170, de objetar cualquier medio probatorio de los anunciados por su contrario, que no cumplan con lo descrito. El fundamento legal de la pertinencia de la prueba, se encuentra en el segundo inciso del artículo 161 del COGEP, que expresamente dispone: “La prueba deberá referirse directa o indirectamente a los hechos o circunstancias controvertidos”, en este caso el cuestionario de salud contestado por el asegurado previo a la suscripción de la póliza.

Respecto de la conducencia de los medios probatorios, lo señala el primer inciso del artículo 161 del COGEP: “La conducencia de la prueba consiste en la aptitud del

contenido intrínseco y particular para demostrar los hechos que se alegan en cada caso”, para cuyo efecto la historia clínica será clave para demostrar la reticencia contrastándola con lo declarado en el cuestionario de salud.

Además, otros medios de prueba como la debida notificación de las coberturas y exclusiones de la póliza por parte de la compañía de seguros al asegurado, como lo exige el Código de Comercio, el informe negando la indemnización dentro de los 30 días contados a partir de la recepción del aviso de siniestro, por parte de la aseguradora, serán útiles para fundamentar reticencia ante el juez.

### **Principio de comunidad de la prueba**

El principio de comunidad de la prueba, según el artículo 163 del COGEP: “las pruebas aportadas por las partes son comunes y pueden ser utilizadas por cualquiera de ellas”, en el contexto de la reticencia la compañía de seguros presenta pruebas para demostrar que el asegurado cometió reticencia al no declarar una enfermedad preexistente. El asegurado puede utilizar esas pruebas para alegar que la condición médica no era relevante para la evaluación del riesgo o que la compañía de seguros ya conocía la historia clínica del asegurado y aún así lo admitió en la póliza colectiva o la suscripción individual.

### **La prueba para mejor resolver y sus límites**

Es preciso hacer énfasis que el neoconstitucionalismo no admite que el juez sea un simple ‘director del proceso’ o espectador; mira al juez vinculado en el activismo judicial, que hace suya la garantía constitucional de la tutela judicial efectiva; cumple un papel mucho más proactivo e investigativo, más comprometido en lograr la verdad procesal, lo que observamos que aterriza en la disposición del artículo 130.10 del Código Orgánico de la Función Judicial, que textualmente, indica: “FACULTADES JURISDICCIONALES DE LAS JUEZAS Y JUECES.- Es facultad esencial de las juezas y jueces ejercer las atribuciones jurisdiccionales de acuerdo con la Constitución, los instrumentos internacionales de derechos humanos y las leyes; por lo tanto deben: ... 10.

Ordenar de oficio, con las salvedades señaladas en la ley, la práctica de las pruebas que juzguen necesarias para el esclarecimiento de la verdad”, en concordancia con el precepto 166 del COGEP, que textualmente dispone: “Prueba para mejor resolver.- La o el juzgador podrá, excepcionalmente, ordenar de oficio y dejando expresa constancia de las razones de su decisión, la práctica de la prueba que juzgue necesaria para el esclarecimiento de los hechos controvertidos. Por este motivo, la audiencia se podrá suspender hasta por el término de quince días”. En una compleja controversia por reticencia, el testimonio del agente asesor de seguros podría constituir un medio probatorio eficaz para el juez.

### **El caso BBVA Seguros 2025 del Tribunal Superior de Bogotá**

En el caso Verbal No. 001- 2023-00465-0, resuelto por el Tribunal Superior de Bogotá el 28 de mayo del 2025, encontramos el análisis de dos instituciones claves en la disputa por indemnización de un seguro de desgravamen: prescripción y reticencia. El 27 de septiembre de 2019, un usuario financiero contrató un crédito hipotecario con el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia SA por un monto de \$373.000.000, pagadero en 180 cuotas mensuales, destinado a la adquisición de vivienda, además se constituyó en adherente a una póliza colectiva con cobertura por muerte e incapacidad total y permanente. El asegurado falleció el 2 de noviembre de 2021, los beneficiarios notificaron el siniestro a la institución financiera acreedora, quien a su vez presentó requerimiento de pago de saldo de la deuda a la compañía de seguros.

El 29 de noviembre de 2021 la compañía de seguros objetó la indemnización. El fundamento de la negativa fue la supuesta reticencia del asegurado porque no informó “al menos una enfermedad grave por la cual se le preguntó expresamente al diligenciar el Formulario de Vinculación en el que se le presentó cuestionario sobre su estado de salud.

En primera instancia, el juez que conoció la causa decidió acoger las pretensiones de los demandantes. La sentencia ordenó a BBVA Seguros de Vida Colombia SA pagar el saldo insoluto del crédito hipotecario al banco acreedor y devolver a los demandantes las cuotas canceladas después del fallecimiento del asegurado, reconociendo además intereses moratorios sobre cada uno de esos pagos. Entre tanto, declaró próspera la excepción de prescripción de la nulidad relativa del contrato de seguro y condenó a la aseguradora a pagar las costas del proceso en favor de los demandantes, para lo cual fijó como agencias en derecho la suma de \$15.000.000.

En segunda instancia la Sexta Sala de lo Civil del Tribunal Superior de Bogotá DC., al resolver la apelación presentada por la aseguradora, estableció que la recurrente probó la reticencia y su trascendencia en la valoración del riesgo, además concluyó que la nulidad relativa no estaba saneada negando las pretensiones de los beneficiarios, revocó la sentencia del juez de primer nivel.

Para motivar su resolución, el aludido Tribunal se fundamentó en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia: “Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el

asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente. La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo...”.

### **La Sentencia T-228/25 de la Corte Constitucional de Colombia**

En el año 2016, una pareja adquirió un inmueble ubicado en el municipio de Zipaquirá por un valor aproximado de \$98.800.000 . Para financiar parte de la compra se obtuvo un crédito hipotecario con el Banco Caja Social SA , entidad que exigió como condición para el otorgamiento del préstamo la contratación de una póliza de seguro de vida que cubriera el saldo insoluto del crédito en caso de fallecimiento del deudor, por lo que suscribieron la póliza de seguro de vida No. 3704-220051 con la compañía Colmena Seguros de Vida SA. Dentro de las declaraciones de asegurabilidad de la mencionada póliza, uno de los usuarios financieros no declaró el padecimiento de alguna patología, enfermedad o condición de las que allí se mencionaban. Por otra parte, en el dorso de la póliza de seguro se indicó como una de las causas para excluir de todos los amparos la cobertura “La muerte, incapacidad, enfermedad u hospitalización del asegurado originada o derivada por cualquier causa, patología o enfermedad, física o mental, congénita o adquirida, preexistente, que haya sido diagnosticada, o conocida por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar desapercibida y no haya sido declarada por el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro”.

El 22 de agosto de 2020, vigente la póliza, el asegurado que declaró en el cuestionario perfecto estado de salud, falleció como consecuencia de un shock cardiogénico derivado de un infarto agudo de miocardio . Posteriormente, el 14 de

septiembre de 2020, la cónyuge sobreviviente presentó la reclamación correspondiente ante la entidad financiera, en su condición de beneficiaria designada en la póliza. El banco remitió la reclamación a la aseguradora para su evaluación.

La aseguradora solicitó la historia clínica del asegurado correspondiente al período comprendido entre febrero de 2014 y febrero de 2016, con el propósito de verificar el estado de salud existente al momento de la contratación del seguro. Tras analizar la documentación médica, un concepto técnico emitido por el área médica de la aseguradora concluyó que existían antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus que no habían sido declarados en el cuestionario de asegurabilidad, con base en esa evaluación médica, el 27 de octubre de 2020 la aseguradora objetó la reclamación y negó el pago de la indemnización, invocando la existencia de una reticencia en la declaración del estado de salud.

El 20 de enero del 2021, la beneficiaria recurrió ante la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, vía administrativa de protección al consumidor financiero contra la aseguradora para declare la obligación de la compañía de seguros de cancelar el saldo insoluto del crédito hipotecario, sin embargo obtuvo resolución negativa porque la autoridad administrativa consideró que la aseguradora había demostrado la existencia de antecedentes médicos relevantes que no fueron mencionados al momento de contratar la póliza.

Posteriormente, la beneficiaria presentó una acción de tutela contra providencias judiciales, al considerar que las resoluciones precedentes habían aplicado de forma incorrecta las reglas jurisprudenciales sobre reticencia y sobre las obligaciones de diligencia que recaen en las compañías aseguradoras durante la etapa precontractual. Sin embargo, la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, que mediante decisión del 19 de septiembre de 2024 declaró improcedente el amparo solicitado al considerar que las decisiones precedentes se fundamentaban en una valoración razonable de las pruebas y que la aseguradora no estaba obligada a detectar enfermedades que se encontraban controladas médicamente al momento de la suscripción de las pólizas.

En última instancia, la Corte Constitucional analizó el caso desde la óptica de los derechos fundamentales y de la jurisprudencia sobre contratos de seguro celebrados mediante adhesión y en la Sentencia T-228/25 concluyó que las decisiones adoptadas en las instancias anteriores habían incurrido en defectos fácticos y en desconocimiento del precedente constitucional, observó que los jueces otorgaron valor concluyente a un examen médico general que, por su naturaleza, no estaba diseñado para detectar

enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, lo cual condujo a una valoración probatoria incompleta.

La Corte también recordó que las aseguradoras, en su calidad de profesionales del sector financiero, (...) tienen un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad. Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”.

Aquí observamos que el conflicto por reticencia rebasó la justicia ordinaria, la Corte Constitucional encontró que los jueces a quo y ad quem incurrieron en desconocimiento del precedente constitucional en relación con las cláusulas de exclusión en contratos de seguros y la debida diligencia de las aseguradoras. La Corte Constitucional identificó defectos fácticos: otorgar fuerza probatoria concluyente a un examen médico general y no invasivo, sin considerar otros medios probatorios disponibles; desconocimiento del precedente: Los jueces no aplicaron correctamente la jurisprudencia constitucional sobre la debida diligencia de las aseguradoras en la verificación del estado real del riesgo asegurable además omitieron considerar la prohibición de generalidad en las cláusulas de exclusión y el impacto en los derechos fundamentales de los tomadores en situación de vulnerabilidad.

### **Aplicación en el contexto ecuatoriano**

Aunque es posible recurrir directamente a la vía judicial, es necesario recalcar que existe el procedimiento previsto en el artículo 42 de la Ley General de Seguros, que faculta al asegurado o beneficiario a presentar un reclamo administrativo ante Superintendencia de Compañías cuando la aseguradora objetó total o parcialmente el pago de la indemnización reclamada, o cuando no emitió objeciones escritas y motivadas dentro del plazo de treinta días contados desde que el reclamante ha completado la documentación exigida por el contrato de seguro para sustentar su solicitud. Este trámite se desarrolla en dos instancias: La primera corresponde al Intendente Nacional de Seguros, mientras que la segunda mediante recurso de apelación, ante el Superintendente de Compañías, Valores y Seguros, cuya resolución causa estado en sede administrativa y finalmente el recurso extraordinario de revisión, en caso de ser admitido; en consecuencia, de acuerdo a las facultades que le otorga la ley, el organismo de control

puede analizar si la aseguradora ha justificado adecuadamente la existencia de una omisión o declaración inexacta que haya sido determinante para suscripción de la póliza.

En este contexto, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en un proceso administrativo (póliza de seguro de vida individual temporal No. 1580005369) conoció la negativa de una aseguradora respecto de la cobertura muerte por cualquier causa, tras el fallecimiento del asegurado ocurrido el 7 de diciembre de 2022 a consecuencia de un cáncer de páncreas, porque el asegurado habría incurrido en reticencia al no declarar una lesión pancreática diagnosticada meses antes de contratar la póliza de vida.

Sin embargo, el análisis del expediente administrativo permitió advertir un elemento determinante: la ausencia de una declaración de salud suscrita por el asegurado. La normativa aplicable exige que la información proporcionada en el formulario de solicitud o en la declaración de asegurabilidad sea firmada por el tomador o asegurado, a fin de validar su contenido y atribuirle responsabilidad sobre la veracidad de los datos consignados. Sin embargo, en el caso examinado no existe constancia física ni electrónica de la firma del asegurado en el formulario denominado “Solicitud candidato a asegurado” ni en el documento correspondiente al informe del médico examinador.

Finalmente, la Superintendencia, resolvió aceptar el reclamo presentado por los beneficiarios y ordenó el pago de la indemnización por el monto de USD 100.000,

## **Conclusiones**

La reticencia, regulada en los artículos 710, 723 y 727 del Código de Comercio, podrá ser alegada por la aseguradora cuando pruebe la existencia de una omisión o inexactitud en el cuestionario de salud del asegurado en contradicción con su historia clínica, y posteriormente resuelta en la vía administrativa o declarada judicialmente mediante el cumplimiento de los principios probatorios establecidos en el Código Orgánico General de Procesos (COGEP).

La jurisprudencia colombiana en materia de reticencia en seguros ilustra que no es suficiente la existencia de una enfermedad en la historia clínica, también será necesario probar -por parte de la compañía de seguros- conforme a los principios del derecho

procesal que la información omitida era realmente determinante para la valoración del riesgo. Este enfoque ofrece lecciones valiosas para el proceso civil ecuatoriano, ya que destaca la importancia de evaluar la buena fe del asegurado al momento de contratar el seguro.

La buena fe -comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución- debe ser de doble vía: por un lado, la elaboración de un cuestionario de salud claro, didáctico, así como la explicación y notificación de las coberturas y exclusiones por parte de la aseguradora; y, la declaración sincera del estado del riesgo por parte del asegurado con autorización de acceso a su historia clínica .

## Referencias Bibliográficas

- Bado, J. (2009). El contrato de seguro y la reticencia del asegurado. Fundación de Cultura Universitaria.
- Castelo, M., & Pérez Escacho, J. (2010). Diccionario básico de seguros. Fundación MAPFRE.
- Código de Comercio del Ecuador. (2023). Registro Oficial. <https://www.funcionjudicial.gob.ec>
- Código Orgánico General de Procesos. (2023). Registro Oficial <https://www.funcionjudicial.gob.ec>
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). Sentencia T-228/25. <https://www.corteconstitucional.gov.co>
- Devis Echandía, H. (2015). Teoría general de la prueba judicial (6.<sup>a</sup> ed.). Temis.
- Ifrán, M. (2006). La reticencia en el contrato de seguro y sus efectos jurídicos. Revista de Derecho, 5(2), 115-132.
- Montero Aroca, J. (2017). La prueba en el proceso civil. Tirant lo Blanch.
- Peña Triviño, E. (2012). Manual de derecho de seguros. Corporación de Estudios y Publicaciones.
- Picó i Junoy, J. (2018). La valoración de la prueba en el proceso civil. Bosch.
- Rengifo García, E. (2018). El contrato de seguro. Universidad Externado de Colombia.
- Rojas Gómez, M. (2020). La carga de la prueba en el proceso civil moderno. *Ámbito Jurídico*. <https://www.ambitojuridico.com>
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (2023). Normativa sobre seguros en el Ecuador. <https://www.supercias.gob.ec>
- Tribunal Superior de Bogotá. (2025). Sentencia BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. sobre reticencia y nulidad del contrato de seguro. <https://www.ramajudicial.gov.com>


## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Carlos Eduardo Vélez Freire, con C.C: 0915387153 autor del trabajo de titulación: “*La reticencia como carga probatoria y su valoración en los procesos de indemnización de seguros de vida.*”, previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN DERECHO MENCIÓN DERECHO PROCESAL** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 18 de mayo del 2026

f.   
\_\_\_\_\_

Carlos Eduardo Vélez Freire

C.C: 0915387153

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

|  |  |   |    |
|--|--|---|----|
| <b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>                           | La reticencia como carga probatoria y su valoración en los procesos de indemnización de seguros de vida.   |   |    |
| <b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):                | Vélez Freire, Carlos Eduardo   |   |    |
| <b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b><br>(apellidos/nombres): | Pérez-Puig-Mir, Nuria  |   |    |
| <b>INSTITUCIÓN:</b>                                  | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  |   |    |
| <b>UNIDAD/FACULTAD:</b>                              | Subsistema de Posgrado   |   |    |
| <b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>                        | Maestría en Derecho Mención Derecho Procesal   |   |    |
| <b>GRADO OBTENIDO:</b>                               | Magíster en Derecho Mención Derecho Procesal   |   |    |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>                         | 18 de mayo del 2026  | <b>No. DE PÁGINAS:</b>  | 19 |
| <b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>                              | Derecho de seguros, contrato de seguro   |   |    |
| <b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>                    | Reticencia; carga de la prueba; seguro de vida; buena fe; riesgo.  |   |    |
| <b>RESUMEN/ABSTRACT</b>                              | <p>La reticencia es el principal obstáculo jurídico que tienen los beneficiarios de un seguro de vida o desgravamen para acceder a una indemnización monetaria, entendida como la omisión deliberada o declaración inexacta por parte del asegurado de su estado de salud que constituye información relevante al momento de la suscripción de la póliza. A partir de este problema, el presente ensayo analiza su tratamiento como carga probatoria que deben asumir las compañías de seguros en las controversias derivadas del siniestro en este ramo de personas conforme al Código Orgánico General de Procesos, con aplicación de los principios de buena fe y equidad procesal.</p> |   |    |
| <b>ADJUNTO PDF:</b>                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> NO   |    |
| <b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>                        | <b>Teléfono:</b> 0991408144  | <b>E-mail:</b> <a href="mailto:freilegal@gmail.com">freilegal@gmail.com</a> |    |
| <b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>                  | <b>Nombre:</b> Andrés Obando Ochoa   |   |    |
|  | <b>Teléfono:</b> +593-992854967  |   |    |
|  | <b>E-mail:</b> <a href="mailto:ing.obandoo@hotmail.com">ing.obandoo@hotmail.com</a>  |   |    |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>                |  |   |    |
| <b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>            |  |   |    |
| <b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>                         |  |   |    |
| <b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>              |  |   |    |