



¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,  
LERMA CORDOBA CARMEN LILIANA

¡Nos encanta tenerte  
como miembro de la familia  
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

- [Condicionado de mi seguro de RC médica,](#)
- [Guía interactiva del asegurado,](#)
- [Certificado de seguro,](#)
- [Portafolio.](#)

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo [clic aquí.](#)

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

DIAZ PLAZAS BLANCA LILIANA  
Móvil: 3218759056  
Email: LDIAZPMAPFRE@GMAIL.COM

No olvides ingresar a [clientes.mapfre.com.co](https://clientes.mapfre.com.co) para registrarte en la plataforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a [mapfretécuidamos.com.co](https://mapfretécuidamos.com.co) para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novedades, tips, eventos:



@mapfreco



@MAPFRE\_CO



@MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

[mapfre.com.co](https://mapfre.com.co)

¿Necesitas Asistencia?  
ESCANÉAME



**INFORMACIÓN GENERAL**

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	COMERCIO ELECTRONICO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.
<b>TOMADOR</b> LERMA CORDOBA CARMEN LILIANA	<b>NIT / CC</b> 1017180200	<b>DIRECCIÓN</b> KR 3 A # 46 - 33 APTO 301	<b>CIUDAD</b> BOGOTA D.C.	<b>TELEFONO</b>	
<b>ASEGURADO</b> LERMA CORDOBA CARMEN LILIANA	<b>NIT / CC</b> 1017180200	<b>DIRECCIÓN</b> KR 3 A # 46 - 33 APTO 301	<b>CIUDAD</b> BOGOTA D.C.	<b>TELEFONO</b>	
<b>ASEGURADO</b> N.D.	<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b>	
<b>BENEFICIARIO</b> CUALQUIER TERCERO AFECTADO	<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b> N.D.	

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
DIAZ PLAZAS BLANCA LILIANA	ADM	12347	3218759056	100,00

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
26	11	2025		00:00	26	11	2025	365		00:00	26	11	2025	365
			TERMINACIÓN	00:00	26	11	2026		TERMINACIÓN	00:00	26	11	2026	

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

ACTIVIDAD: PSIQUIATRIA  
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA  
DIRECCION DEL RIESGO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL  
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.  
CIUDAD: BOGOTA D.C.



**COBERTURAS**

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$1.000.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$400.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$1.000.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$1.000.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:



Comunícate al  
01 8000 519 991 a nivel nacional,  
3077024 desde Bogotá,  
o desde tu celular al #624  
Ingresa a nuestra web en  
[www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)

NIT 891.700.037-9 PBX: +60 (1)6503300 fax: +60 (1)6503400 [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co) - [clientes.mapfre.com.co](http://clientes.mapfre.com.co) A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMVL: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO  
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co).



VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 285.439,00	\$ 20.000,00	\$ 305.439,00	\$ 58.033,00	\$ 363.472,00



\*(415)7707289180029(8020)031939891854(3900)0000363472(96)20251126\*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LÍMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN \$1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

*Jed*

*Carmen Llerma C.*

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-9 PBX: +60 (1)6503300 fax: +60 (1)6503400 www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO  
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

