R+C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Póliza No 1907225000446
Anexo 0000-07/14
Endoso

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	CALI	CARRERA 20 # 6-71 BRR CAPRI	CALI

TOMADOR	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
MANZANO NUÑEZ RAMON ORLANDO	10497524	CL 14 A # 67-37 CA X2	CALI	8292183

ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
MANZANO NUÑEZ RAMON ORLANDO	10497524	CL 14 A # 67-37 CA X2	CALI	8292183
ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	

BENEFICIARIO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
CUALQUIER TERCERO AFECTADO	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
ARROYO CASTELBLANCO ALEXIS	AGENTE API N	8197	3138472848	100,00

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
21	1	2026	INICIACIÓN	00:00	21	1	2026	365	INICIACIÓN	00:00	21	1	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	21	1	2027		TERMINACIÓN	00:00	21	1	2027	

INFORMACION DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CA
ESPECIALIDAD	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	CAUCA
CIUDAD	SANTANDER DE QUILICHAO



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos médicos - Nacional	$ 1.000.000.000,00	10% PERD Mín 10.000.000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$ 100.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil patronal - sede descentralizada	$ 1.000.000.000,00	10% PERD Mín 10.000.000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia médica domiciliaria	$ 100.000.000,00	10% PERD

Profesionalmente ... Seguro

R+C

Contacta con nosotros:

M.APFRE 24

Comunícate al
01 8000 519 591 a nivel nacional,
307702- desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co





Estimado.
MANZANO NUNEZ RAMON ORLANDO

¡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:

ARROYO CASTELBLANCO ALEXIS
Móvil: 3113412846
Email: ALEXISARROYOC@GMAIL.COM

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfrecuidamos.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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

R+C MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

R+C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACION
Poliza No 1507328000149
Ref:3160197978
Cotiz

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)				
TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 673.395,00	$ 20.000,00	$ 693.395,00	$ 109.743,00	$ 1.393.138,00



(415)7707281810829(8020)0315690737318(3900)000169313(96)20260124

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES POLIZA

Observaciones WA 5731341284S - EMISION RC WEB

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL 50% DE PAGO PARA LA FIRMA DE LA PRESENTE POLIZA, ANTES TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA 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 ANEXOS

ANEXOS

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO: RAMON ORLANDO MANZANO NUÑEZ

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

VIGENCIA: 21-01-2026 al 21-01-2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Extend)

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.

LIMITE VALOR ASEGURADO: $1,000,000,000 evento / agregado anual

-R.C. daños extrapatrimoniales (moviles negoc Morales) subllmitados al 50 % del valor asegurado por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado basico y no en exceso de este.

-Gastos judiciales sublimitados 40% del limite asegurado evento / vigencia. Es le valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exceso de este.

-PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual, sublimitado a 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

DEDUCIBLES: -Basico 10% MINIMO $ 1.000.000 -No aplica para Gastos Médicos -Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1045 CODIGO 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 POLIZA.

NO SE OTORGA

-R.C. Extracontractual

-Bienes bajo cuidado tenencia y control

-Restablecimiento automatico de valor asegurado.

-Errores e inexactitudes diferentes a 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 un a cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente.

-Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios.

-Cualquier Medico Cirujano o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, cirugía intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan orlistat/otros, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1.Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, esta seguro

excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, indemnización, costo o gasto de cualquier naturaleza directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte en o derivado de o en relación con una enfermedad tan contagiosa 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 la presente declaración, 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 pre sente definicion:

2.1 la sustancia o el agente incluye entre otros, un virus, una bacteria, un parásito o otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se consideren vivos o no, y 2.2.el método de transmisión, ya sea directa o indirecta, incluye, entre otros, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transfusión sanguínea o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o entre organismos; y

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, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS:

R.C. CIVIL 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 LIMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

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

RLO (PRECIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE 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 A 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

PRESTACIÓN 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 SIBUTRAMINA 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. 1049, 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 CLAUSULA DE RETICENCIA Y LA CLAUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLAUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE POLIZA ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, 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 TRANSMISION POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SOLIDO, LIQUIDO 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, PERDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PERDIDA DE USO DE LOS BIENES.

RECIBIDA COPIA SIMPLE DEL CONTRATO DE SEGURO QUE CONSTA EN ESTE DOCUMENTO Y DEL CLAUSULADO QUE LO INTEGRA (SI), HE LEIDO Y ENTIENDO LOS ALCANCES DE LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES, CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE CONTIENEN Y ACEPTO EL CONTENIDO DE LOS MISMOS. ANEXO DE 2015
ESTE DOCUMENTO HA SIDO FIRMADO Y ACEPTADO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 2 DECRETO 19/2012

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR