

SUC.	RAMO	POLIZA No.
9	15	8001081720

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**TIPO DE POLIZA : R.C. PARA CLINICAS Y HOSPITALES Y/O CENTROS MEDICO**

FECHA SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			N° AGRUPADOR			SUCURSAL					
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION			0						CALI CORREDORES					
17	10	2014															
TOMADOR		SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S										NIT		900.363.673-9			
DIRECCIÓN		CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA										TELÉFONO		3330000			
ASEGURADO		SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S										NIT		900.363.673-9			
DIRECCIÓN		CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA										TELÉFONO		3330000			
BENEFICIARIO		TERCEROS AFECTADOS										NIT		0-0			
DIRECCIÓN		., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL										TELÉFONO					
MONEDA		Pesos		PUNTO DE VENTA	FECHA CORTE NOVEDADES	FECHA MAXIMA DE PAGO			VIGENCIA								NÚMERO DE DÍAS
TIPO CAMBIO		1.00				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
					FECHA LIMITE DE PAGO	16	11	2014	04	10	2014	00:00	04	10	2015	00:00	365

**DETALLE DE COBERTURAS**

ASEGURADO : SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S NIT 900.363.673-9.  
Dirección del Riesgo 1 : CRA 28 NO 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA.  
Ramo : RESPONSABILIDAD CIVIL  
SubRamo : R.C.E. EXTRA CONTRACTUAL  
Objeto del Seguro : R.C.E. - PERJUICIOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR EL ASEGURADO

AMPAROS CONTRATADOS	VALOR ASEGURADO	LIMITE POR EVENTO
R.C.CLINICAS Y HOSPITALES - R.C. PROFESIONAL	3,000,000,000.00	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	5,000,000.00 PESOS	
GASTOS DE DEFENSA	3,000,000,000.00	
SUMINISTRO DE ALIMEN., MEDICAMENTOS Y MAT.MEDICOS	3,000,000,000.00	0.00
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	5,000,000.00 PESOS	
USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	3,000,000,000.00	0.00
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	5,000,000.00 PESOS	
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	3,000,000,000.00	
Deducible: 10.00 POR CIENTO TODA Y CADA RECLAMACION MÍNIMO	5,000,000.00 PESOS	

BENEFICIARIOS  
Nombre :  
TERCEROS AFECTADOS  
Documento : NIT 0-0

FACTURA A NOMBRE DE: SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S / CLINICA PALMA REAL ,

FORMA DE PAGO: CONTADO 30 DIAS

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES Y RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

VALOR ASEGURADO TOTAL	\$ *****3,000,000,000.00
PRIMA	\$ *****99,936,000.00
GASTOS	\$ *****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$ *****15,989,760.00
AJUSTE AL PESO	\$ *****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$ *****115,925,760.00

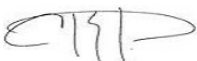
EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN CALI

A LOS 17 DIAS DEL MES DE OCTUBRE

DEL AÑO 2014



FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				1214	Corredor	DELIMA MARSH S.A.	100.00



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 1	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE EMITE CONTRATO DE SEGUROS BAJOS LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

TOMADOR : SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.

ASEGURADO : SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S. Y/O SOCIEDAD OPERADORA CLÍNICA PALMA REAL

UBICACIÓN PRINCIPAL : CALLE 13 N° 57-50, CALI, COLOMBIA SINERGIA GLOBAL EN SALUD  
CARRERA 28 N° 44-35, PALMIRA, COLOMBIA CLÍNICA PALMA REAL

COBERTURA:  
=====

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, CUBRIENDO LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO COMO OPERADOR DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS NOMBRADAS COMO ASEGURADOS:

SINERGIA GLOBAL S.A.S.  
-----

SINERGIA GLOBAL EN SALUD ES UNA EMPRESA QUE HACE PARTE DEL SECTOR SALUD DEL GRUPO EMPRESARIAL COOPERATIVO COOMEVA. LA EMPRESA NACIÓ EL 27 DE MAYO DE 2010 CON LA RESPONSABILIDAD DE LA PRESTACIÓN DIRECTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE SE OFRECEN EN UNIDADES E INSTITUCIONES DE PROPIEDAD DEL GRUPO. SINERGIA GLOBAL INTEGRA LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD Y LAS CLÍNICAS DEL GRUPO (CLÍNICA PALMA REAL), PARA UNA MEJOR Y MÁS EFICIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

LAS UNIDADES AMBULATORIAS SON LAS RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS NIVELES I Y II. ESTÁN CONSTITUIDAS POR LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN CLÍNICA, UPREC, Y LAS UNIDADES INTEGRALES DE SALUD, UIS, LAS CUALES PRESTAN SUS SERVICIOS EN 36 SEDES A NIVEL NACIONAL. ADEMÁS DE UN LABORATORIO CLÍNICO UBICADO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

CLÍNICA PALMA REAL: CENTRO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD - NIVEL III

BASE DE LA COBERTURA - CLAIMS MADE

PERÍODO DE DESCUBRIMIENTO - ACTOS PREVIOS: NINGUNO.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: 1 DE AGOSTO DEL 2011.

EXTENSIÓN PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: OPCIONAL.

RIESGO CUBIERTO -RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA  
-----

QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE EVENTUALMENTE PUEDA CORRESPONDERLE AL ASEGURADO POR CUALQUIER DAÑO CORPORAL, ENFERMEDAD, AFECCIÓN O MUERTE CAUSADA A UN PACIENTE, POR CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE, ERROR U OMISIÓN, O FALTA PROFESIONAL, COMETIDO POR EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD.

VIGENCIA:  
=====

DESDE: 4 DE OCTUBRE DEL 2014, A LAS 00:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR.

HASTA: 3 DE OCTUBRE DEL 2015, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO  
=====

EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LÍMITES GEOGRÁFICOS:  
=====

REPÚBLICA DE COLOMBIA ÚNICAMENTE.

JURISDICCIÓN Y LEY:  
=====

ESTE SEGURO SERÁ GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN Y LEYES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 2	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

LÍMITE INDEMNIZACION: LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.  
=====

LÍMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS.

COP3.000.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

RC PROFESIONAL MÉDICA -  
=====

10% DE TODO Y CADA RECLAMO, MÍNIMO COP5.000.000, OPERANDO EN EXCESO DE (A) LAS PROPIAS PÓLIZAS PRIMARIAS DE LOS MÉDICOS Y/O ENTIDADES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO, O (B) DE COP\$25.000.000 TODA Y CADA PÉRDIDA, CUALQUIERA DE (A) O (B) QUE SEA LA SUMA MAYOR QUE APLIQUE.

INCENTIVO  
=====

EN CASO DE QUE EL MÉDICO O LA INSTITUCIÓN QUE REALIZA EL ACTO MÉDICO CAUSANTE DEL RECLAMO TENGA UNA PÓLIZA DE RC PROFESIONAL MÉDICA VIGENTE, CON UN LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN IGUAL O MAYOR A COP\$25.000.000, EXPEDIDA POR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS RECONOCIDA COMO TAL POR LAS AUTORIDADES LOCALES, SOLO APLICARÁ EL DEDUCIBLE DEL 10% DE TODO Y CADA RECLAMO, MÍNIMO COP5.000.000.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO SE APLICARÁ A CADA RECLAMACIÓN PRESENTADA POR O CONTRA EL ASEGURADO, ASÍ COMO A LOS GASTOS DE DEFENSA QUE SE GENEREN, CON INDEPENDENCIA DE LA CAUSA O LA RAZÓN DE SU PRESENTACIÓN, O DE LA EXISTENCIA DE UNA SENTENCIA EJECUTORIA O NO.

SE ACLARA EN TODO CASO QUE TRATÁNDOSE DE GASTOS DE DEFENSA SE OTORGARÁ COBERTURA Y APLICARÁ ÚNICAMENTE EL DEDUCIBLE PORCENTUAL. ES DECIR HABRÁ COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA ASÍ EL MONTO RECLAMADO Y LA INDEMNIZACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA VÍCTIMA NO SUPERE LA SUMA DE EXCESO ARRIBA INDICADA.

EL DEDUCIBLE APLICARÁ SOLO UNA VEZ EN CASO DEL MISMO RECLAMO AFECTAR VARIAS COBERTURAS.

EL DEDUCIBLE NO APLICARÁ A LOS BENEFICIOS ADICIONALES.

APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PARA GASTOS DE DEFENSA:

\*NO APLICA  
SI EL ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO POR EL ASEGURADOR.

\*SI APLICA  
SI EL ASEGURADO NO ACEPTA EL ABOGADO SELECCIONADO POR EL ASEGURADOR.

PRIMA ANUAL  
=====

PRIMA PARA EL 100%  
COP99.936.000 + IVA

GARANTÍA DE PAGO DE PRIMAS :  
=====

(a) LAS PRIMAS SERÁN PAGADERAS A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONSECUTIVOS AL INICIO DE LA VIGENCIA, PRIMAS A SER RECIBIDAS POR EL ASEGURADOR EN SUS OFICINAS.

(b) LA FALTA DE CUMPLIMIENTO CON ESTA CONDICIÓN CAUSARÁ LA CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTE RESPALDO AL INICIO DE SU VIGENCIA.

(c) EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A ENVIAR NOTA DE CANCELACIÓN POR EL NO PAGO DE LA PRIMA.

LA GARANTÍA DE PAGO DEBE CUMPLIRSE EN TIEMPO Y FORMA INDEPENDIENTEMENTE DE LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR.

TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS -DEFINICIÓN DE SINIESTRO:  
=====



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 3	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

TODOS HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD O A LOS BIENES DE LA PERSONA.

DEFINICIÓN DE RECLAMO:

=====

CUALQUIER NOTIFICACIÓN ESCRITA, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACIÓN EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCIÓN Y/U OMISIÓN DEL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO Y PRESENTADA AL ASEGURADOR DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ÚLTIMO APLICASE.

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACIÓN A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DÍAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A 20 DÍAS POSTERIORES A SU RECIBO POR PARTE DEL ASEGURADO.

PLURALIDAD DE RECLAMOS:

=====

(a) LA INCLUSIÓN DE MÁS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR MÁS DE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGÚN CASO SERVIRÁN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR CADA OCURRENCIA.

(b) DOS O MÁS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISIÓN, O DEL MISMO ACTO MÉDICO O SERIE DE ELLOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(c) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(d) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARÁ PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTÓ EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SÍNTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

COSTOS DEL PROCESO

=====

EL ASEGURADOR RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DEL CONTRATO DE SEGURO;

2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR, Y

3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE, CONFORME A LOS ARTÍCULOS PERTINENTES DE ESTE TÍTULO, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, ÉSTE SÓLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

GASTOS DE DEFENSA:

=====

100% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

a) EL ASEGURADOR SOLO RECONOCERÁ POR HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

b) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACIÓN A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

c) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERÁN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRÁN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE ÉL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.



86B7E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 4	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

d) LA ASEGURADORA NO PODRÁN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES:  
=====

100% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a) LOS DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) LOS PAGOS POR DAÑOS EXTRA PATRIMONIALES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(c) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

REINSTALACIÓN DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

(a) REINSTALACIONES AUTOMÁTICAS DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECIÓN DEL ASEGURADOR.

(b) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRÁ SER MAYOR AL 150% DE LA ÚLTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MÁXIMO  
=====

(a) EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN QUE ATENDERÁ A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERÍODO DEL ENDOSO SERÁ LA SUMA EN VIGOR PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(b) EL ENDOSO DEJARÁ DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERÍODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(c) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTÁ CONDICIONADO A LA NO RENOVACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA.

SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL  
=====

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TÉRMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACIÓN, LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA SE PODRÁ EXTENDER, AUTOMÁTICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TÉRMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRÁ NI PODRÁ SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL  
=====

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRÁ EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERÍODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA. EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS.



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 5	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRÁ PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARÁ LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ACORDADO EN LA PÓLIZA.

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERÁ HACER LO SIGUIENTE:

- (a) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (b) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (c) DETERMINAR EL TÉRMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSIÓN, YA SEA POR UN PERÍODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (d) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARÁ ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

- \*NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.
- \*NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE Y QUEDARÁ LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

\*LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA.

\*SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERÁ LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

- (a) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
- (b) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA  
=====

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1.LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MÉDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMÉDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUÍ ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL REALIZADO POR ESCRITO.

ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2.LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MÉDICOS (MÉDICOS Y CIRUJANOS) EMPLEADOS, NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MÉDICOS DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA QUE EVENTUALMENTE LE CORRESPONDA AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 6	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

4.LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S).

5.LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE DAÑOS CAUSADOS POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

6.LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MÉDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE O POST GRADO QUE REALICEN SUS PRÁCTICAS MÉDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCIÓN DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MÉDICOS BAJO LA SUPERVISIÓN Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MÉDICO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN DOCENTE.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR A LOS ESTUDIANTES INDIVIDUALMENTE, NI A LOS PROFESIONALES MÉDICOS SUPERVISORES, NI A LA INSTITUCIÓN DOCENTE QUIENES DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

COBERTURA EN EXCESO  
=====

ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS PARA:

(a)MÉDICOS INDIVIDUALES QUE SE ENCUENTREN O NO BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, ES DECIR, QUIENES SEAN MÉDICOS EMPLEADOS, NO EMPLEADOS, ADSCRITOS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

(b)ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO, SEAN ESTAS DE PROPIEDAD O ESTÉN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO O NO.

(c)ADEMÁS, SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA PÓLIZA SERÁ CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE LA(S) OTRA(S) PÓLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERÁ(N) SER CONSIDERADA(S) COMO PÓLIZA(S) PRIMARIA(S).

BENEFICIOS ADICIONALES - GASTOS MÉDICOS:  
=====

2% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

(a)ESTE AMPARO ADICIONAL COMPRENDE LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS Y LOS GASTOS INMEDIATOS CAUSADOS POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ELLOS.

(b)EL PAGO POR GASTOS MÉDICOS PODRÁ REALIZARSE INDEPENDIENTEMENTE DE SI EXISTE O NO RESPONSABILIDAD LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

(c)EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O ANTE TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

(d)LOS GASTOS MÉDICOS SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

(e)NO SE CUBREN LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS POR EL PROPIO ASEGURADO.

CAUCIONES:  
=====

2% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

1.SE CONCEDE ESTE SUBLÍMITE EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA.

2.LAS CAUCIONES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3.EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A EXPEDIR DICHAS CAUCIONES.

4.ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.



8687E555AAC4DEF



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 7	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

ASISTENCIA EN FORO PENAL  
=====

(a) EN CASO DE ACCIÓN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRÁ COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURÍDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TÉCNICOS.

(b) ESTA COLABORACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

(c) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECIÓN ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ÉSTE PODRÁ DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACIÓN.

(d) ESTE BENEFICIO ADICIONAL SE OTORGA SIN DEDUCIBLE.

DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)  
=====

(a) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.

(b) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

RC CRUZADA  
=====

(a) SUBLIMITADA AL 50% DEL LÍMITE CONTRATADO EVENTO/VIGENCIA.

(b) LA COBERTURA OPERA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE ENTRE QUIENES FIGUREN COMO ASEGURADOS EN LA CARÁTULA O ANEXOS DE LA PÓLIZA.

GENERALES  
=====

\*AMPARO AUTOMÁTICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.

\*EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y EL CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

\*MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

\*REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN SESENTA (60) DÍAS.

\*TEXTO DE PÓLIZA ORIGINAL A SEGUIR.

SUJETO A:  
=====

(a) CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE RECLAMOS Y/O INCIDENTES CONOCIDOS Y/O REPORTADOS O DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS HASTA LA FECHA DE CONFIRMACIÓN DE RESPALDO POR PARTE DEL ASEGURADOR, DE CONFORMIDAD AL SIGUIENTE TEXTO:

MEMBRETES DE LOS ASEGURADOS  
(SINERGIA GLOBAL S.A.S.)  
(CLÍNICA PALMA REAL)

NOMBRE DEL ASEGURADO  
-----

POR MEDIO DE LA PRESENTE, DEJO CONSTANCIA DE QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE NINGUNA RECLAMACIÓN O TRANSACCIÓN DE TIPO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, CIRCUNSTANCIA, DECISIÓN, EVENTO, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN, ACTO, ERROR U OMISIÓN PENDIENTE EN CONTRA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO, POR ACTOS OCURRIDOS A PARTIR DE (# AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA).

ENTIENDO QUE, DE TENER CONOCIMIENTO DE CUALQUIER EVENTO, CIRCUNSTANCIA, TRANSACCIÓN, DECISIÓN, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN ACTO, ERROR U OMISIÓN QUE PUDIERA DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PRESENTE PÓLIZA Y QUE NO HAYA SIDO DECLARADA A LA FECHA DE ESTA CARTA, QUEDARA EXPRESAMENTE EXCLUIDA BAJO LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA ASÍ COMO CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE NO HAYA SIDO NOTIFICADA EN TIEMPO Y FORMA.



8687E555AAC4DEF



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 8	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

NOMBRE LEGIBLE Y FIRMA - REPRESENTANTE LEGAL

FECHA Y LUGAR

EXCLUSIONES  
=====

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

**\*\*ACTOS MÉDICOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL

\*CUANDO SU UTILIZACIÓN REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN,

\*CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y

\*CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL "PACIENTE" Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.

\*ENSAYOS CLÍNICOS.

\*ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

\*CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.

\*DAÑOS POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENÉTICA O POR UN DEFECTO ANATÓMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA SERÁ UNA CONDICIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

\*DAÑOS GENÉTICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.

\*LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

\*ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, CONFISCACIÓN, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.

\*RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

\*RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

\*RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

\*RECLAMACIONES POR DAÑOS GENERADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.

\*RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

\*RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

\*RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.

\*RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

\*TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, EXCEPTO:

\*CUANDO EL ASEGURADO FUESE RESPONSABLE AÚN EN AUSENCIA DEL CONTRATO, Y



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 9	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

\*SIEMPRE Y CUANDO EL ACTO HAYA OCURRIDO CON POSTERIORIDAD A LA EJECUCIÓN DE TAL CONTRATO.

\*RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

\*RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA.

\*RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISIÓN SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

\*RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUÁTUR EN COLOMBIA.

\*RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN LOS RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE EL ASEGURADO."

\*RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.

\*TODAS LAS DEMÁS EXCLUSIONES SUJETAS AL TEXTO DE LA PÓLIZA ORIGINAL.

CLÁUSULAS DE SEGURO  
=====

CLÁUSULA DE CONTROL DE RECLAMOS  
-----

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE, ES CONDICIÓN PRECEDENTE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL O BAJO ESTA PÓLIZA QUE EL ASEGURADO REPORTE, SEGÚN SE DISPONGA EN LAS CONDICIONES GENERALES, LOS RECLAMOS RECIBIDOS INDEPENDIENTEMENTE DE LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO BAJO SU PÓLIZA DE SEGUROS O DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD BAJO ESTE CONTRATO.

CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN LOCAL  
-----

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO CONTENIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, QUEDA ACORDADO QUE LA INDEMNIDAD PREVISTA EN ESTE CONTRATO NO SE APLICARÁ A:

- 1.COMPENSACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS CON FALLOS PRONUNCIADOS POR CUALQUIER ENTE DIFERENTE DE UN JUZGADO COMPETENTE CON JURISDICCIÓN DENTRO DE LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.
- 2.COSTAS Y EXPENSAS DE LITIGIOS RECUPERADOS POR CUALQUIER DEMANDANTE ORIGINAL DE PARTE DEL ASEGURADO EN LOS QUE SE INCURRA DEBIDAMENTE Y NO SEAN RECUPERABLES EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN ESTA PÓLIZA.
- 3.LA INTENCIÓN DE ESTA CLÁUSULA ES QUE BAJO EL CONTRATO SÓLO SE INDEMNICE AL ASEGURADO DE CONFORMIDAD CON LAS PRÁCTICAS, CONDICIONES Y SENTENCIAS CONSUETUDINARIAS NORMALMENTE APLICADAS EN LOS TERRITORIOS ESTIPULADOS EN EL CONTRATO.

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO:  
-----

TODA CONTROVERSIA O DIFERENCIA RELATIVA A ESTE CONTRATO, SE RESOLVERÁ POR UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO, QUE SE SUJETARÁ AL REGLAMENTO DEL CENTRO DE ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN (INCLUIDA LA CÁMARA DE COMERCIO DE LA CIUDAD SEDE DEL ASEGURADO) QUE LAS PARTES DETERMINEN DE COMÚN ACUERDO, SEGÚN LAS SIGUIENTES REGLAS: A. EL TRIBUNAL ESTARÁ INTEGRADO POR TRES (3) ÁRBITROS DESIGNADOS POR LAS PARTES DE COMÚN ACUERDO.

EN CASO DE QUE NO FUERE POSIBLE, LOS ÁRBITROS SERÁN DESIGNADOS POR EL CENTRO DE ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN ACORDADO DE COMÚN ACUERDO ENTRE LAS PARTES, A SOLICITUD DE CUALQUIERA DE ELLAS. B. EL TRIBUNAL DECIDIRÁ EN DERECHO. NO OBSTANTE LO CONVENIDO AQUÍ, LAS PARTES ACUERDAN QUE LA CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO NO PODRÁ SER INVOCADA POR LA ASEGURADORA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES UN TERCERO (DAMNIFICADO) DEMANDE AL ASEGURADO ANTE CUALQUIER JURISDICCIÓN Y ÉSTE A SU VEZ LLAME EN GARANTÍA A LA ASEGURADORA.

ENDOSO - CIRUGÍA ESTÉTICA ELECTIVA  
-----

EFFECTO DEL ENDOSO  
ESTE ENDOSO MODIFICA LA EXCLUSIÓN RELACIONADA CON PROCEDIMIENTOS DE CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICOS.

COMO SE MODIFICA SU COBERTURA



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 10	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO ENTRE LAS PARTES QUE LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS Y/O LESIONES FÍSICAS CAUSADAS A UN PACIENTE DURANTE UNA CIRUGÍA PLÁSTICA DE CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICO SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

\*SOLO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES POR ACTOS DE MÉDICOS GENERALES GRADUADOS CON ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA, CUYOS TÍTULOS SE ENCUENTREN VIGENTES Y HAYAN SIDO RECONOCIDOS U HOMOLOGADOS POR LAS RESPECTIVAS AUTORIDADES MÉDICAS, EDUCATIVAS Y ADMINISTRATIVAS.

\*PARA PROCESOS DE MAMOPLASTÍA DE AUMENTO SOLO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES CUANDO ESTAS CIRUGÍAS SE HAYAN REALIZADO EN PACIENTES MAYORES DE EDAD. LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES EN CASOS DE MINORÍA DE EDAD NO SERVIRÁ PARA MODIFICAR ESTA CONDICIÓN.

\*PARA PROCESOS DE MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN EN PACIENTES MENORES DE EDAD, SOLO SE CUBRIRÁN EN CASOS DE HIPERTROFÍA SEVERA DE MAMAS, CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO Y PREVIO DE LOS PADRES Y RESPALDADO POR UNA HISTORIA CLÍNICA PREVIA, CIRUGÍA RECOMENDADA CLÍNICAMENTE POR UN PROFESIONAL MÉDICO INDEPENDIENTE AL CIRUJANO PLÁSTICO QUE EVENTUALMENTE REALICE LA CIRUGÍA.

\*PARA PROCESOS DE LIPOSUCCIÓN O LIPOESCULTURA SOLO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES CUANDO ESTAS CIRUGÍAS SE HAYAN REALIZADO EN PACIENTES MAYORES DE EDAD. LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES EN CASOS DE MINORÍA DE EDAD NO SERVIRÁ PARA MODIFICAR ESTA CONDICIÓN.

\*PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SE DEBERÁN UTILIZAR SOLAMENTE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS APROBADOS MEDIANTE LA LEX ARTIS:

\*DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL

\*GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE)

\*BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX

\*BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

\*NO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INCONFORMIDAD Y/O INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE ASIMETRÍAS O IMPERFECCIONES PRESENTADAS EN EL CUERPO DEL PACIENTE POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO, CUANDO ESTAS PUEDAN AJUSTARSE A LAS VARIABLES PROPIAS DE LA NATURALEZA QUE NO HACE NACER NINGUNA PERSONA CON UN CUERPO 100% SIMÉTRICO O PERFECTO.

\*NO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES POR DAÑOS Y/O LESIONES MENTALES Y/O EMOCIONALES, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ANGUSTIA MENTAL, EL ESTRÉS Y SIMILARES.

\*SE ACLARA QUE EXPRESAMENTE SE CONSIDERAN INCLUIDAS DENTRO DE ESTE ENDOSO LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES:

\*LOS OTORRINOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA EN NARÍZ (SEPTORRINOPLASTIAS, SEPTOPLASTIAS O RINOPLASTIAS ESTÉTICAS, NO FUNCIONALES);

\*LOS OPTÁLMOLOGOS PARA LAS CIRUGÍAS OCULARES (BLEFAROPLASTIAS)

\*LOS GINECÓLOGOS PARA HIMENOPLASTIAS Y/O VAGINOLPASTIAS.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁN RECLAMACIONES DONDE EL MÉDICO CIRUJANO, PREVIO A LA CIRUGÍA DEL PACIENTE, NO HAYA:

\*LLEVADO A CABO EL DEBIDO PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO;

\*OBTENIDO EL CONSENTIMIENTO Y LA AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA;

\*DEJADO CONSTANCIA DEL CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN MEDIANTE ESCRITO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO.

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO GARANTIZA MANTENER:

\*EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LA RESPECTIVA FORMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

a) EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL,

b) EL(OS) MÉDICO(S) CIRUJANO(S) TRATANTE(S) Y

c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO.



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 11	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

EN PODER DEL ASEGURADO Y EN LA CARPETA QUE EL ASEGURADO TIENE DEL MÉDICO CIRUJANO COPIA FEHACIENTE DEL DOCUMENTO ANEXO Y TITULADO "EL CONSENTIMIENTO INFORMADO" QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTE ENDOSO:

\*AVALADO POR EL MÉDICO CIRUJANO CON NOMBRE, FIRMA Y FECHA COMO SEÑAL DE ACEPTACIÓN, ENTENDIMIENTO Y CUMPLIMIENTO.

\*DICHA FECHA TENDRÁ QUE PRECEDER A LA FECHA DE LA FORMA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE LA CIRUGÍA CAUSA DEL RECLAMO.

OTROS TÉRMINOS  
-----

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ORIGEN DE LA DOCTRINA  
-----

LA DOCTRINA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO FUE MOTIVADA POR UNA FUERTE PREFERENCIA JUDICIAL HACIA LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL QUE REFLEJA LA CREENCIA DEL DERECHO INDIVIDUAL A SER LIBRE DE INTERFERENCIAS NO CONSENSUALES CON UNA PERSONA; ESTO EN CONJUNCIÓN CON EL PRINCIPIO MORAL BÁSICO DE QUE ES UN ERROR EL FORZAR A UNA PERSONA A ACTUAR CONTRA SU PROPIA VOLUNTAD.

PROPÓSITOS  
-----

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEFINE LOS TÉRMINOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE AL DELIMITAR DESDE EL PUNTO TÉCNICO Y CIENTÍFICO LOS RIESGOS Y LAS COMPLICACIONES QUE EL PROCEDIMIENTO PUEDE PRESENTAR. EN ESTE SENTIDO LOS GALENOS TIENEN RECORDAR QUE ES EL PROCESO, NO EL PAPEL ÚNICAMENTE, LO QUE CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL PERMITE LA EXPRESIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL Y EL COMPROMISO DEL PACIENTE FRENTE AL RESULTADO NEGATIVO EXENTO DE CULPA.

LAS SIGUIENTES SON SIETE (7) FUNCIONES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

1. PERMITE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES A LA LIBERTAD, LA VIDA Y LA LIBRE PERSONALIDAD.
2. PROTEGE LA AUTONOMÍA DEL INDIVIDUO
3. PROTEGE EL ESTADO Y LA DIGNIDAD DEL PACIENTE COMO SER HUMANO
4. EVITA ACUSACIONES DE FRAUDE Y DE PRESIÓN MENTAL
5. ALIENTA A LOS PROFESIONALES MÉDICOS A EVALUAR SUS DECISIONES MÁS CUIDADOSAMENTE
6. INSTIGA LA DECISIÓN RACIONAL EN EL PACIENTE
7. INVOLUCRA GENERALMENTE AL PÚBLICO EN LA MEDICINA

NORMATIVAS  
-----

LOS CÓDIGOS ESTATALES Y DE ÉTICA EN LA MEDICINA DEFINEN LOS VARIOS ELEMENTOS DE LA DOCTRINA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EL PRACTICANTE RAZONABLE

EL ESTÁNDAR DEL PRACTICANTE RAZONABLE MIDE EL DEBER DE INFORMACIÓN CONTRA AQUEL DE UN PRACTICANTE MÉDICO RAZONABLE SITUADO EN LAS MISMAS CIRCUNSTANCIAS. UNA NORMATIVA MÉDICA EXPERTA TIENE QUE ESTABLECER:

\*SI UN PRACTICANTE MÉDICO RAZONABLE EN UNA SITUACIÓN SIMILAR O IDÉNTICA HARÍA EL DESCUBRIMIENTO DE LA INFORMACIÓN NECESARIA.

\*SI EL DEFENSOR CUMPLIÓ CON EL ESTÁNDAR.

EL PACIENTE RAZONABLE (TENDENCIA MODERNA)

EL ESTÁNDAR DEL PACIENTE RAZONABLE ES UNA TENDENCIA MODERNA. TIENE QUE ESTABLECER SI EL MÉDICO INFORMÓ TODOS LOS RIESGOS QUE UNA PERSONA RAZONABLE PODRÍA CONSIDERAR COMO INDISPENSABLE PARA TOMAR UNA DECISIÓN CON RESPECTO A RECIBIR UN TRATAMIENTO O NO. EL MÉDICO TIENE QUE CONSIDERAR LOS SIGUIENTES FACTORES EN SU INFORMACIÓN:

\*DIAGNÓSTICO, INCLUYENDO LOS PASOS MÉDICOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO

\*NATURALEZA Y PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO



8687E555AAC4DEF

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POLIZA No.8001081720

CERTIFICADO DE: EXPEDICION		HOJA ANEXA No. 12	
TOMADOR	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
ASEGURADO	SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S	NIT	900.363.673-9
DIRECCIÓN	CARRERA 28 # 44-35, PALMIRA, VALLE DEL CAUCA	TELÉFONO	3330000
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
DIRECCIÓN	., TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	

\*RIESGOS DEL TRATAMIENTO (OMITIENDO RIESGOS QUE SEAN EXTREMADAMENTE REMOTOS; EL UMBRAL DE LA INFORMACIÓN VARIA CON LA PROBABILIDAD Y SEVERIDAD DEL RIESGO)

\*PROBABILIDAD DEL ÉXITO

\*TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

\*PROGNOSIS SI EL TRATAMIENTO NO ES ADMINISTRADO

ESTA DOCTRINA ES A MENUDO INTERPRETADA MÁS LIBERALMENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA. CUANDO EL PACIENTE ES INCOMPETENTE, EL MÉDICO TIENE QUE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTE DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGALMENTE POR EL PACIENTE.

OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA ENFERMERA PUEDE ENTREGAR AL PACIENTE LA FORMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SU FIRMA, PERO LA ENFERMERA NO PUEDE SER AUTORIZADA PARA EXPLICAR - EN VEZ DEL MÉDICO - EL TRATAMIENTO A SER LLEVADO A CABO, LA CIRUGÍA, EL PROCEDIMIENTO CRÍTICO, O LOS RIESGOS ASOCIADOS CON ELLOS.

EL HACERLO SERÍA IR MÁS ALLÁ DE LA RESPONSABILIDAD DE LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA. SI EL PACIENTE LE COMUNICA A LA ENFERMERA QUE NO COMPRENDE LA NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO, O QUE TIENE PREGUNTAS ADICIONALES ACERCA DEL PROCEDIMIENTO, O QUE HA CAMBIADO DE PARECER CON RESPECTO A CONSENTIR AL PROCEDIMIENTO, LA ENFERMERA TIENE QUE CESAR INMEDIATAMENTE EN SU PRETENSión DE OBTENER LA FIRMA DEL PACIENTE SOBRE LA FORMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. EN SU LUGAR LA ENFERMERA DEBERÁ NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL MÉDICO QUE EL PACIENTE REQUIERE INFORMACIÓN O EXPLICACIÓN ADICIONAL ACERCA DEL PROCEDIMIENTO.

AL OBTENER LA FIRMA DEL PACIENTE, LA ENFERMERA SOLO ESTÁ SIRVIENDO COMO TESTIGO A LA FIRMA DEL PACIENTE Y NO A QUE EL PACIENTE HA SIDO COMPLETAMENTE INFORMADO Y HA ENTENDIDO EL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE. SI EL PACIENTE COMIENZA A EXPRESAR DUDAS ACERCA DEL PROCEDIMIENTO LUEGO DE HABER FIRMADO LA FORMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, LA ENFERMERA DEBERÁ NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL MÉDICO.

EL CAMBIO DE PARECER DEL PACIENTE MODIFICA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ES LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO - NO DE LA ENFERMERA - EL DISCUTIR DE NUEVO EL PROCEDIMIENTO CON EL PACIENTE.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS HOSPITALARIOS CONJUNTAMENTE CON LA JURISPRUDENCIA Y LA LEGISLACIÓN A MENUDO GOBIERNAN LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, TAL COMO, POR EJEMPLO, LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ O LOS MENORES EMANCIPADOS.

EL DEBER DE REALIZAR PROPIAMENTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO RESTA FINALMENTE CON EL MÉDICO.

ESTE DOCUMENTO DE NINGUNA MANERA PODRÁ INTERPRETARSE COMO SUBSTITUTO O RE-EMPLAZO A LO ESTIPULADO SOBRE LA MATERIA POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, A LAS LEYES CIVILES Y/O A LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS DEL TERRITORIO Y/O DE LA JURISDICCIÓN DONDE SE PROVEE COBERTURA.



8687E555AAC4DEF

SUC.	RAMO	POLIZA No.
9	15	8001081720

## CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

### ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL : \$\*\*115,925,760.00  
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$\*\*115,925,760.00  
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 30 DIAS

PLAN DE PAGOS

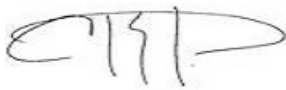
SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE ( 30 ) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SE FIRMA EN CALI

EN OCTUBRE 17

DE 2014



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

EL ASEGURADO



B6B7E555AAC4DEF