

## DECLARACION OPERADOR DE PUNTO DE CERTIFICACION (OPC)

Por medio del presente documento, en relación con el contrato de prestación de Servicios de Verificación de Identidad suscrito entre \_\_\_\_\_ e I-MED S.A. (-IMED), declaro, acepto y me obligo:

1.- A tener a cargo la operación directa y correcta utilización de la Plataforma de Verificación de Identidad y que tendré la calidad de Ministro de Fe para efectos de la verificación de identidad y documentación pertinente que presenten los Beneficiarios del sistema de salud y otros servicios en relación con los Servicios que presta I-MED S.A.

2.- A operar la Plataforma de Verificación de Identidad de conformidad con las funciones que se me han reconocido en el Contrato y sólo una vez que mi nombre e identificación haya sido debidamente comunicada a I-MED y se haya seguido, completado y cumplido satisfactoriamente por mi parte con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES**;

3.- A no incurrir en conductas negligentes o dolosas que importan un perjuicio para I-MED o cualesquiera de las Instituciones que interactúan en la prestación de los Servicios.

De no cumplir mis funciones en forma adecuada, correcta y satisfactoria en particular observar debidamente con los procedimientos y operación de la Plataforma de Verificación de Identidad conforme al Manual de Operación pertinente seré inhabilitado de mis funciones con relación a dicha Plataforma;

4.- Desde ya autorizo al Prestador para que pueda ceder acciones que pudieren proceder en mi contra derivadas de los incumplimientos e infracciones de carácter civil o penal en que pueda incurrir en la operación negligente o dolosa de la Plataforma de Verificación de Identidad en cuanto Ministro de Fe de la misma para efectos de verificar adecuadamente la identidad de los Beneficiarios, cesión que podrá ser desde luego gratuita y sin cargo alguno.

5.- Que, tengo la capacidad técnica y soy persona idónea para cumplir la función de OPC del Servicio de Verificación de Identidad de I-MED y que no permitiré que la Plataforma de Identificación, la cual se encuentra bajo mi responsabilidad de operación directa, sea operado por personas cuyos nombres e identificación hayan sido debidamente comunicados a I-MED y que hayan seguido, completado y cumplido satisfactoriamente con el **PROTOCOLO DE ENROLAMIENTO DE OPERADORES** contenido en el Contrato;

NOMBRE
RUT