Opti•Salud
más que un sentido...

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: FELIPE MAURICIO MORENO ZULOAGA , domiciliado en la ciudad de Yopal, Casanare, identificado con cedula de ciudadanía N° 79.282.584, de Bogota quien obra en calidad de representante legal de la SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S, NIT 800.119.574-0, que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7,** adelanta un proceso de **MÍNIMA CUANTÍA - *PN RASES N° 7 MIC 079 2021***, para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7– POLICÍA NACIONAL** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de mínima cuantía aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de Mínima Cuantía y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7 – POLICÍA NACIONAL**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°7– POLICÍA NACIONAL** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Selección Abreviada.

Opti•Salud
más que un sentido...

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Yopal, Casanare a los 22 dias del mes de Mayo del año 2021

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

ENTIDAD: **__SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S_**

NIT: **__800.119.574-0____**

REPRESENTANTE LEGAL: **___FELIPE MAURICIO MORENO ZULOAGA_**

DIRECCION: **__CALLE 13 #29- 41 , PISO 2____**

TELEFONO: **__3188109642___**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

CC. REPRESENTE LEGAL: **___79.282.584_____**

CORREO ENTIDAD: **____facturacion@optisalud.com_____**