**FORMULARIO DE MANIFESTACIÓN DE INTERES PARA SUSCRIBIR CONVENIOS DE ADHESIÓN**

El que acepta estas condiciones, en atención a la CONVOCATORIA efectuada por **Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha** **del IESS** dentro del procedimiento de **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONSULTA EXTERNA A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE EXTERNALIZACIÓN DE FARMACIAS PARA LA FASE 1”**, a través del presente formulario de adhesión, declaro que:

* 1. Abastecer y dispensar los fármacos ofertados, conforme mi manifestación de interés y oferta presentada, de conformidad con las condiciones establecidas en la convocatoria, especificación técnica y convenio de adhesión.
	2. No incurro o incurriré en actos de ocultamiento o simulación con el fin de que no aparezcan sujetos inhabilitados para contratar con el Estado.
	3. Declaro, también, que la participación la hago en forma independiente y sin conexión oculta con otra u otras personas, compañías o grupos participantes en este procedimiento y que, en todo aspecto, es honrada y de buena fe. Por consiguiente, aseguro no haber vulnerado y que no vulneraré ningún principio o norma relacionada con la competencia libre, leal y justa; así como declaro que no estableceré, concertaré o coordinaré -directa o indirectamente, en forma explícita o en forma oculta posturas, abstenciones o resultados con otro u otros proveedores, se consideren o no partes relacionadas en los términos de la normativa aplicable. En tal virtud, declaro conocer que se presumirá la existencia de una práctica restrictiva, por disposición del Reglamento para la aplicación de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, si se evidencia la existencia de actos u omisiones, acuerdos o prácticas concertadas y en general cualquier conducta, independientemente de la forma que adopten asegurando el resultado en beneficio propio o de otro proveedor u oferente, en este procedimiento de contratación.
	4. Al adherirme al presente procedimiento, cumplo con toda la normativa general, sectorial y especial aplicable a mi actividad económica, profesión, ciencia u oficio.
	5. Considero todos los costos obligatorios que debo y deberé asumir en la ejecución contractual, especialmente aquellos relacionados con obligaciones sociales, laborales, de seguridad social, ambientales y tributarias vigentes.
	6. Bajo juramento declaro expresamente que no he ofrecido, ofrezco u ofreceré, y no he efectuado o efectuaré ningún pago, préstamo o servicio ilegítimo o prohibido por la ley; entretenimiento, viajes u obsequios, a ningún funcionario o trabajador de la Entidad Contratante o de las instituciones que hubieran tenido o tengan que ver con el presente procedimiento de contratación en sus etapas de planificación, programación, selección, contratación o ejecución, incluyéndose preparación de la convocatoria, aprobación de documentos, calificación de ofertas, selección de contratistas, adjudicación o declaratoria de procedimiento desierto, recepción de productos o servicios, administración o supervisión de convenios o cualquier otra intervención o decisión en la fase precontractual o contractual.
	7. Acepto que, en el caso de que se comprobare una violación a los compromisos establecidos en el presente formulario, se proceda a la terminación unilateral del Convenio, o realice la acción legal correspondiente observando el debido proceso, para lo cual me allano a responder por los daños y perjuicios que tales violaciones hayan ocasionado.
	8. Conozco las especificaciones técnicas y demás condiciones establecidas en la convocatoria, inclusive sus alcances, normativa emitida y me encuentro satisfecho del conocimiento adquirido. Por consiguiente, renuncio a cualquier reclamo posterior, aduciendo desconocimiento de características y especificaciones del medicamento a suministrar.
	9. Entiendo que, las cantidades indicadas en la convocatoria son referenciales y podrán variar de acuerdo a las necesidades reales.
	10. Declaro que me obligo a guardar absoluta reserva de la información confiada y a la que pueda tener acceso en virtud de mi participación o la de mi representada, en el procedimiento en la ejecución y cumplimiento del Convenio, así como acepto que la inobservancia de lo manifestado dará lugar a que la Entidad Contratante y/o la entidad contratante ejerzan las acciones legales como las civiles y penales correspondientes, y en especial las determinadas en el Código Orgánico Integral Penal vigente.
	11. Me someto a las exigencias y demás condiciones establecidas en la Normativa Legal que regula el procedimiento de EXTERNALIZACIÓN DE FARMACIAS, la convocatoria y especificaciones técnicas respectivas.
	12. Garantizo la veracidad y exactitud de la información y documentación que ingresaré, así como de las declaraciones emitidas respecto a la oferta, al presente formulario, especificaciones técnicas convocatoria y de toda la información al tiempo que autorizo a la **Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha** **del IESS** a efectuar averiguaciones para comprobar u obtener aclaraciones e información adicional sobre mis condiciones técnicas, económicas y legales. Acepto que, en caso de que se comprobare administrativamente por parte de la entidad contratante, que hubiere alterado o faltado a la verdad, la documentación o información presentada o ingresada, dicha falsedad será causal para aplicar las sanciones previstas en el artículo 106 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, según corresponda; sin perjuicio de las acciones legales a las que hubiera lugar.
	13. Declaro, bajo juramento, que no me encuentro incurso en las inhabilidades generales y/o especiales para contratar, establecidas en los artículos 62 y 63 de la LOSNCP, y de los artículos 110 y 111 de su Reglamento General.
	14. En caso de ser persona jurídica, declaro que ninguno de mis socios, accionistas o partícipes mayoritarios se encuentran incursos en las inhabilidades generales y/o especiales para contratar, establecidas en los artículos 62 y 63 de la LOSNCP, y de los artículos 110 y 111 de su Reglamento General.
	15. No contrataré a personas menores de edad para realizar actividad alguna durante la ejecución del convenio; y en caso de que las autoridades del ramo determinaren o descubrieren tal práctica, me someteré y aceptaré las sanciones que de tal práctica puedan derivarse, incluso la terminación unilateral y anticipada del Convenio, con las consecuencias legales y reglamentarias pertinentes.
	16. Autorizo a la entidad contratante y /o al SERCOP, el levantamiento del sigilo de las cuentas bancarias que se encuentran a nombre del oferente y a nombre de las personas naturales o jurídicas a las que representa, durante cualquier etapa del procedimiento precontractual, contractual y de ejecución del cual participa con su oferta y mientras sea proveedor del Estado.
	17. Declaro que, en caso de ser una persona que ejerza una dignidad de elección popular o ejerza un cargo en calidad de servidor público, no utilizaré para el presente procedimiento de contratación pública de forma directa o indirecta fondos o recursos provenientes de bienes o capitales de cualquier naturaleza que se encuentren domiciliados en aquellos territorios considerados por la entidad competente como paraísos fiscales. En caso de personas jurídicas declaro que si uno o más accionistas, partícipes, socios mayoritarios que conforman la misma, así como sus representantes legales ejerzan una dignidad de elección popular o ejerzan un cargo de servidor público, no utilizarán para el presente procedimiento de contratación pública de forma directa o indirecta fondos o recursos provenientes de bienes o capitales de cualquier naturaleza que se encuentren domiciliados en aquellos territorios considerados por la entidad competente como paraísos fiscales.
	18. Declaro libre y voluntariamente que la procedencia de los fondos y recursos utilizados para el presente procedimiento de contratación pública son de origen lícito, para lo cual, autorizo a la entidad contratante, al Servicio Nacional de Contratación Pública o, a los órganos de control correspondientes, el levantamiento del sigilo bancario de mis cuentas, ya sean éstas en el país o en el extranjero, así como de las cuentas de los representantes legales, socios, accionistas o participes mayoritarios en caso de ser persona jurídica; sean éstas en el país o en el extranjero; y, que se realice cualquier otra acción de control que permita verificar el origen de los fondos y recursos utilizados en el presente procedimiento.
	19. La presentación de la manifestación de interés para la adhesión al convenio a través del presente formulario se receptarán de forma abierta y permanente de manera presencial en un medio de almacenamiento de documentación digital, como CD, flash, etc., en la Secretaría de la **Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha** **del IESS**; o de manera digital mediante el correo electrónico **diana.silva@iess.gob.ec****.** Las ofertas deberán identificarse a través de un documento íntegro en PDF suscrito electrónicamente, NO impreso/escaneado, no requieren ser foliados o sumillados, de conformidad a la Circular Nro. SERCOP-SERCOP-2020-0022-C de fecha 27 de octubre de 2020
	20. Declaro que la aceptación y adhesión al convenio constituirá por sí misma la aceptación del cumplimiento de las condiciones técnicas, comerciales y legales exigidas dentro del proceso y las especificaciones técnicas, por lo que acepto que entiendo los términos bajo los cuales participo dentro del procedimiento de contratación, cuento con toda la documentación requerida en la convocatoria y con los medios que me permitan dar cumplimiento a mi manifestación de interés y oferta.
	21. Declaro que, participo en este procedimiento considerando que cuento con la infraestructura y capacidad instalada para abastecer de manera adecuada los requerimientos realizados por la **Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha** **del IESS**, para lo cual, autorizó se realice las verificaciones necesarias por parte de las entidades competentes.
	22. Declaro que cumpliré con las obligaciones de pago que se deriven del cumplimiento del contrato a sus subcontratistas o subproveedores. En caso de que la **Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha** **del IESS** identifique el incumplimiento de dichas obligaciones, aplicará el procedimiento de sanción establecido en los artículos 107 y 108 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, por haber incurrido en lo establecido en el literal c) del artículo106 de la referida Ley, al considerarse una declaración errónea por parte del proveedor.
	23. Me comprometo durante la vigencia del Convenio de Adhesión, informar el detalle de todos los subcontratistas o subproveedores que empleare para la ejecución de dicho Convenio.
	24. Conozco que, a través del presente formulario, ingresaré mi oferta de adhesión, aceptando los términos y condiciones, especificaciones técnicas contenidas en la convocatoria, convenio, y normativa que regula el procedimiento.

Firma Proveedor

(Nota la firma deberá ser electrónica)