

MANCOMUNIDAD SERVICIOS SOCIALES  
MEJORADA VELILLA  
C/ San Juan de los Rios, 10  
41011 SAN JUAN DE LOS RIOS (SEVILLA)  
Tel: 954 22 22 22  
Fax: 954 22 22 22  
E-mail: [msos@mancomunidadmejoradavelilla.es](mailto:msos@mancomunidadmejoradavelilla.es)  
www.mancomunidadmejoradavelilla.es  
Fecha: 12-6-14 D64-14  
M. S. J. L. S.

## ANEXO II

### Modelo de Certificado de Seguro de Caución

12-6-14 DG4-14

**MODELO DE CERTIFICADO DE SEGURO DE CAUCIÓN**

Certificado número (1)..... (en adelante, asegurador) con domicilio en ..... calle ..... y NIF/CIF número ....., debidamente representado por Don (2) ..... con poderes suficientes para obligarle en este acto, según resulta del bastanteo de poderes que se reseña en la parte inferior de este documento,

**ASEGURA**

A (3)..... NIF/CIF número ....., en concepto de tomador del seguro, ante la Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla", en adelante asegurado, hasta el importe de euros (4) ....., en los términos y condiciones establecidos en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y pliego de cláusulas administrativas particulares por la que se rige el contrato de (5) ....., en concepto de garantía (6) ..... para responder de las obligaciones, penalidades y demás gastos que se puedan derivar conforme a las normas y demás condiciones administrativas precitadas frente al asegurado.

La entidad aseguradora declara, bajo su responsabilidad, que cumple los requisitos exigidos en el artículo 57.1 del Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

La falta de pago de la prima, sea única, primera o siguientes, no dará derecho al asegurador a resolver el contrato, ni éste quedará extinguido, ni la cobertura del asegurador suspendida, ni éste liberado de su obligación, caso de que el asegurador deba hacer efectiva la garantía.

El asegurador no podrá oponer al asegurado las excepciones que puedan corresponderle contra el tomador del seguro.

El asegurador asume el compromiso de indemnizar al asegurado al primer requerimiento de éste, en los términos establecidos en la Legislación de Contratos de las Administraciones Públicas, en sus normas de desarrollo.

El presente seguro de caución estará en vigor hasta que el órgano de contratación de la Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla", habilitado legalmente para ello, autorice su cancelación o devolución, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contratos del Sector Público y legislación complementaria.

En..... a..... de ..... de .....

**Firma: Asegurador**

| BASTANTEO DE PODERES POR LA ASESORÍA JURÍDICA DE LA CGI O ABOGACÍA DEL ESTADO |        |                  |
|---|--------|------------------|
| Provincia:  | Fecha: | Número o Código: |

- Instrucciones para la cumplimentación del modelo:
- (1) Se expresará la razón social completa de la entidad aseguradora.
  - (2) Nombre y apellidos del Apoderado o Apoderados.
  - (3) Nombre de la persona asegurada
  - (4) Importe en letras por el que se constituye el seguro.
  - (5) Identificar individualmente de manera suficiente (naturaleza, clase, etc.) el contrato en virtud del cual se presta la caución.
  - (6) Expresar la modalidad de seguro de que se trata, provisional, definitiva, etc.

MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES  
DE MEJORADA VELILLA (S.L.)  
Este documento ha sido emitido  
por el Consejo de Administración  
de fecha 12-6-14 D/64-14  
de 2014

### **ANEXO III**

## **Modelo de aval**

MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES  
MEJORADA VELILLA  
C/ San Juan, 10 - 28014 Madrid  
Tel: 91 488 11 11  
Fax: 91 488 11 12  
E-mail: [msm@msm.es](mailto:msm@msm.es)  
de la que 12-6-14 164/14

**MODELO DE AVAL**

La entidad (razón social de la entidad o sociedad de garantía recíproca)....., NIF....., con domicilio (a efectos de notificaciones y requerimientos) en la calle/plaza/avenida..... número....., C.P..... y en su nombre (nombre y apellidos de los Apoderados) con poderes suficientes para obligarle en este acto, según resulta del bastanteo de poderes que se reseña en la parte inferior de este documento,

**AVALA**

A: (nombre y apellidos o razón social del avalado)..... NIF número ....., en virtud de lo dispuesto por (Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público; artículos 103, 95, 96 u 98, según se trata de garantía provisional, definitiva, especiales o complementarias) para responder de las Obligaciones Sigüientes: (detallar si es Garantía Provisional, Definitiva, Especial o Complementaria el objeto del contrato), ante la Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla", por importe de: (en letra) .....euros (en cifra) .....

La Entidad avalista declara bajo su responsabilidad, que cumple con los requisitos previstos en el artículo 56.2 del Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Este aval se otorga solidariamente respecto al obligado principal, con renuncia expresa al beneficio de excusión y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla", con sujeción a los términos previstos en la legislación de Contratos de las Administraciones Públicas, en sus normas de desarrollo.

El presente aval estará en vigor hasta que el órgano de la Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla", habilitado legalmente para ello, autorice su cancelación o devolución de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contratos del Sector Público y legislación complementaria.

(Lugar y fecha)  
(Razón social de la entidad)  
(Firma de los Apoderados)

|  |        |                  |
|--|--------|------------------|
| <b>BASTANTEO DE PODERES POR LA ASESORÍA JURÍDICA DE LA CGI O ABOGACÍA DEL ESTADO</b> |        |                  |
| Provincia:   | Fecha: | Número o Código: |

## **ANEXO IV**

### **Modelo de declaración responsable de no estar incurso en prohibiciones para contratar con el sector público**

g

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña. \_\_\_\_\_, con domicilio a efectos de notificaciones en \_\_\_\_\_, C/ \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, con D.N.I. número \_\_\_\_\_, en nombre propio (o en representación de la Entidad \_\_\_\_\_, con C.I.F. número \_\_\_\_\_).

### DECLARA

Que la empresa a la que representa, sus administradores y representantes, así como el firmante, no están incurso en ninguna de las prohibiciones e incompatibilidades para contratar señaladas en el artículo 60 del Real Decreto Legislativo 3/2011 de 14 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, en los términos y condiciones previstos en el mismo.

Asimismo, declara que la entidad que representa se halla al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, impuestas por las disposiciones vigentes.

Y para que así conste y a los efectos de contratar con la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla, firmo la presente en Mejorada del Campo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

FIRMA



MANCOMUNIDAD SERVICIOS SOCIALES  
MEJORADA DEL CAMPO - VELILLA DE SAN ANTONIO  
C/Alfonso XIII, 10 - 28014 MADRID  
Tel: 91 494 11 00  
Fax: 91 494 11 01  
E-mail: [msos@mejorada-del-campo-velilla.es](mailto:msos@mejorada-del-campo-velilla.es)  
12-6-14-DG4-14

## **ANEXO V**

**Modelo de declaración responsable de no tener deudas con el Ayuntamiento de Mejorada del Campo (Madrid) y con el Ayuntamiento de Velilla de San Antonio (Madrid)**

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña. \_\_\_\_\_, con domicilio a efectos de notificaciones en  
\_\_\_\_\_, C/ \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, con D.N.I.  
número \_\_\_\_\_, en nombre propio (o en representación de la Entidad  
\_\_\_\_\_, con C.I.F. número \_\_\_\_\_).

#### DECLARA

Que la citada Sociedad, sus Consejeros Directivos, administradores y representantes legales, así como el firmante, no tienen deudas en periodo ejecutivo de pago, salvo que estuvieran garantizadas, con el Ayuntamiento de Mejorada del Campo (Madrid) y con el Ayuntamiento de Velilla de San Antonio (Madrid).

Y para que así conste y a los efectos de contratar con la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla, firmo la presente en Mejorada del Campo, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

FIRMA



6

## ANEXO VI

### Modelo de declaración responsable sobre I.A.E.



MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES  
MEJORADA-VELILLA  
C/ San Juan de los Rios, 10  
28014 Madrid  
Tel: 91 461 11 11  
Fax: 91 461 11 12  
E-mail: [info@mancomunidadmejorada-velilla.es](mailto:info@mancomunidadmejorada-velilla.es)  
Web: [www.mancomunidadmejorada-velilla.es](http://www.mancomunidadmejorada-velilla.es)  
R-6-14 DG4-14

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña. \_\_\_\_\_, con domicilio a efectos de notificaciones en  
\_\_\_\_\_, C/ \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, con D.N.I.  
número \_\_\_\_\_, en nombre propio (o en representación de la Entidad  
\_\_\_\_\_, con C.I.F. número \_\_\_\_\_).

### DECLARA

Que la Sociedad denominada \_\_\_\_\_, a la que represento, están  
exenta del pago del Impuesto de Actividades Económicas (I.A.E.), por no alcanzar en el  
año \_\_\_\_\_ la cifra de facturación de un millón de euros.

Y para que así conste y a los efectos de contratar con la Mancomunidad de Servicios  
Sociales Mejorada-Velilla, firmo la presente en Mejorada del Campo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de 2014.

FIRMA

Este documento fue aprobado por el Pleno de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Mejorada Velilla el día 12-6-14 264-14

## **ANEXO VII**

### **Modelo de informe de institución financiera**

## INFORME DE INSTITUCIÓN FINANCIERA

La entidad \_\_\_\_\_ (razón social de la entidad financiera), con C.I.F. número \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_ y en su propio nombre \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos de los apoderados), con poderes suficientes para obligarse en este acto

### INFORMAN

Que \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos de la persona física o denominación social de la persona jurídica), con N.I.F. ó C.I.F número \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, es cliente de esta entidad financiera.

Que según los antecedentes obrantes en esta entidad, el mencionado licitador tiene suficiente solvencia económica y financiera para contratar con la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla, mediante procedimiento negociado sin publicidad, el servicio denominado "PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS MENORES EN SU ENTORNO SOCIAL. DINAMIZACIÓN DE LAS COMISIONES INFANTIL Y JUVENIL", con un presupuesto de contrato de VEINTIUN MIL EUROS (21.000,00 €), IVA exento.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos ante donde sea precedente, expido el presente, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

(FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD FINANCIERA)

## ANEXO VIII

### Modelo de certificado de Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil

*[Faint stamp and handwritten text]*  
12-6-17 DG4-14

### CERTIFICADO DE PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

D. \_\_\_\_\_, en representación de la Compañía \_\_\_\_\_, declara que la Empresa \_\_\_\_\_, tiene concertada con esta Entidad una Póliza de Cobertura de Responsabilidad Civil que está vigente, de cobertura desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, y con un importe para cubrir daños de responsabilidad civil por cuantía de \_\_\_\_\_.

Y para que así conste a los efectos de justificar la existencia de Póliza de Responsabilidad Civil requerida en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares del Contrato denominado "PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS MENORES EN SU ENTORNO SOCIAL. DINAMIZACIÓN DE LAS COMISIONES INFANTIL Y JUVENIL", promovido por la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014

FIRMA

MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES  
MEJORADA VELILLA  
C/ ALFONSO XAQUER  
10001 BILBAO  
TEL: 94 422 11 00  
FAX: 94 422 11 01  
E-MAIL: [info@msmvelilla.es](mailto:info@msmvelilla.es)  
WEB: [www.msmvelilla.es](http://www.msmvelilla.es)  
12-6-14 DG4-14

## **ANEXO IX**

### **Modelo de presentación de proposición**

## PRESENTACIÓN DE PROPOSICIÓN

D./Dña. \_\_\_\_\_, con domicilio a efectos de notificaciones en \_\_\_\_\_, C/ \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, en nombre propio (o en representación de la Entidad \_\_\_\_\_, con C.I.F. número \_\_\_\_\_).

**PRESENTA TRES (3) SOBRES** cerrados, "**Sobre A** denominado PROPOSICIÓN ECONÓMICA", "**Sobre B** denominado de DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA y "**Sobre C** denominado DOCUMENTACIÓN TÉCNICA" para participar en el procedimiento negociado sin publicidad tramitado para adjudicar la prestación del servicio denominado "PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS MENORES EN SU ENTORNO SOCIAL. DINAMIZACIÓN DE LAS COMISIONES INFANTIL Y JUVENIL" en la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Fdo.: \_\_\_\_\_