

ANEXO 1

Modelo de garantías y de depósitos en efectivo

DEPOSITANTE

Nombre y apellidos: DNI o

NIE:.....

En representación de:¹

.....

Con NIF:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Domicilio

fiscal:²

Teléfono: Dirección electrónica:

.....

Denominación del beneficiario del depósito o de la garantía

.....

NIF del beneficiario del depósito o de la garantía

.....

Órgano gestor³

.....

Objeto del depósito o de la obligación garantizada

.....

Importe del depósito o importe máximo garantizado

[En letras]:

.....

[En números]:

.....

Normativa aplicable⁴

.....

Esta garantía o este depósito están sujetos al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....,dede

[Rúbrica]

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los siguientes datos:

1. Si actúa como representante de una persona jurídica, debe consignar su denominación social y NIF.
2. Tipo de vía (calle, plaza...), nombre, número del portal, piso, localidad y código postal.
3. En caso de que el ente beneficiario de la garantía o gestor del depósito sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
4. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía o depósito.

ANEXO 2

Modelo de declaración responsable de identificación de los valores pignorados

Nombre y apellidos¹,
con DNI o NIE.....,
que representa² (en adelante, la
entidad / la persona pignorante), con NIF..... y domicilio en
.....,

DECLARO:

Que el día, la Sociedad de Gestión de Sistemas de Registro, Compensación y Liquidación de Valores, SA (IBERCLEAR), ha expedido el certificado de inmovilización de valores número, respecto de los valores representados mediante anotaciones en cuenta y depositados en esta entidad, de los que es titular la entidad / la persona pignorante, y que se identifican a continuación:

<i>Número de valores</i>	<i>Entidad emisora, clase de valor y fecha de emisión</i>	<i>Código del valor</i>	<i>Referencia del registro</i>	<i>Valor nominal unitario</i>	<i>Valor de realización de los valores en la fecha de inmovilización (*)</i>

(*) El valor de realización de los valores en la fecha de inmovilización tiene que ser igual o superior al 105 % del valor de la garantía exigida.

A favor de:³ **Con NIF:**
.....

Órgano gestor:⁴
.....

En virtud de lo que dispone:⁵
.....
.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁶
.....
.....

Por importe de:
[En letras]:
[En números]:

Consideraciones

- Los valores objeto de garantía están libres de cualquier carga o gravamen en la fecha de inmovilización y no se grabarán por ningún acto o negocio jurídico que perjudique la garantía mientras sean vigentes.
- En el caso de ejecución de la garantía, el reembolso de los valores se realizará al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.
- Esta garantía está sujeta al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....,dede

[Rúbrica]

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los siguientes datos:

1. Nombre y apellidos de quien tiene la representación.
2. Denominación social, si la persona depositante es una persona jurídica.
3. Denominación del ente del sector público beneficiario de la garantía.
4. En caso de que el ente beneficiario sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
5. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
6. Objeto de la obligación garantizada.

ANEXO 3

Modelo de aval prestado por entidades de crédito o sociedades de garantía recíproca

.....,
[Entidad]¹
con NIF..... y domicilio en
....., representada por
.....,
[Nombre y apellidos]²
con DNI/NIE....., con poderes suficientes de acuerdo con la validación de
poderes que se indica más abajo,

AVALA:

A:³ Con NIF:

Ante:⁴ Con NIF:

Órgano gestor:⁵

Por importe de:

[En letras]:

[En números]:

.....

En virtud de lo que dispone:⁶

.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁷

.....

Consideraciones del aval

- Se otorga solidariamente con respecto al obligado principal y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H.
- Tiene una duración indefinida y estará en vigor desde la fecha de otorgamiento y hasta que la Depositaria de la Comunidad Autónoma devuelva este documento o el director general del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio certifique la renuncia a ejecutar la garantía.
- Está sujeto al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La avaladora declara bajo su responsabilidad que cumple los requisitos previstos en el artículo 10.1 del Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se aprueba el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....,dede

[Firma de los apoderados]

Este aval se ha inscrito en esta fecha en el Registro especial de avales con el número

VALIDACIÓN DE PODERES EMITIDA POR LA ABOGACÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS	
Fecha:	Número o código:

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los datos correspondientes:

1. Denominación social de la entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca.
2. Nombre y apellidos del apoderado o de los apoderados.
3. Nombre y apellidos o denominación social de la persona avalada.
4. Denominación del ente del sector público beneficiario de la garantía.
5. En caso de que el ente beneficiario sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
6. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
7. Objeto de la obligación garantizada.

ANEXO 4

Modelo de aval solidario futura UTE prestado por entidades de crédito o sociedades de garantía recíproca

.....,
[Entidad]¹
con NIF..... y domicilio
en....., representada por
.....,
[Nombre y apellidos]²
con DNI/NIE....., con poderes suficientes de acuerdo con la validación de
poderes que se indica más abajo,

AVALA:

.....,
[Nombre y apellidos o denominación social]³
NIF:..... y junto con esta solidariamente⁴
....., con NIF:.....

Ante:⁵ **Con NIF:**.....

Órgano gestor:⁶

Por importe de:

[En letras]:

[En números]:

.....

En virtud de lo que dispone:⁷

.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁸

.....

Consideraciones del aval

- Se otorga solidariamente con respecto al obligado principal y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H.
- Tiene una duración indefinida y estará en vigor desde la fecha de otorgamiento y hasta que la Depositaria de la Comunidad Autónoma devuelva este documento o el director general del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio certifique la renuncia a ejecutar la garantía.

- Está sujeto al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La avaladora declara bajo su responsabilidad que cumple los requisitos previstos en el artículo 10.1 del Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se aprueba el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

..... dede.....

[Firma de los apoderados]

Este aval se ha inscrito en esta fecha en el Registro especial de avales con el número

VALIDACIÓN DE PODERES EMITIDA POR LA ABOGACÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS	
Fecha:	Número o código:

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los datos correspondientes:

1. Denominación social de la entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca.
2. Nombre y apellidos del apoderado o de los apoderados.
3. Nombre y apellidos o denominación social de la persona avalada.
4. Nombre y apellidos o denominación social de todos y cada uno de los integrantes de la futura UTE.
5. Denominación del ente del sector público beneficiario de la garantía.
6. En caso de que el ente beneficiario sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
7. Las normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
8. Objeto de la obligación garantizada.

ANEXO 5

Modelo de certificado de seguro de caución

Certificado número

.....,
.....

[Entidad]¹

(en adelante, la aseguradora), con NIF..... y domicilio
en.....,
representada por

.....

[Nombre y apellidos]²

con DNI/NIE....., con poderes suficientes de acuerdo con la validación de
poderes que se indica más abajo,

ASEGURA:

.....,

[Nombre y apellidos o denominación social]³

con NIF, en concepto de tomador del seguro.

Ante:⁴ **Con NIF:**
(en adelante, el asegurado)

Órgano gestor:⁵

Por importe de:

[En letras]:

.....

[En números]:

.....

En virtud de lo que dispone:⁶

.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁷

.....

Consideraciones del seguro

- Se otorga solidariamente con respecto al obligado principal y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H.
- La aseguradora no puede oponer al asegurado las excepciones que le puedan corresponder ante el tomador del seguro.

- La falta de pago de la prima, sea única, primera o siguientes, no da derecho a la aseguradora a resolver el contrato ni a extinguirlo, ni la cobertura se suspende ni tampoco se libera de su obligación, en caso de que tenga que hacer efectiva la garantía.
- Tiene una duración indefinida y estará en vigor desde la fecha de otorgamiento y hasta que la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears devuelva este documento o el director general del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio certifique la renuncia a ejecutar la garantía.
- Está sujeta al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La aseguradora declara bajo su responsabilidad que cumple los requisitos previstos en el artículo 11.1 del Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....de.....de.....

[Firma de los apoderados]

VALIDACIÓN DE PODERES EMITIDA POR LA ABOGACÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARIS	
Fecha:	Número o código:

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los datos correspondientes:

1. Denominación social completa de la entidad aseguradora.
2. Nombre y apellidos del apoderado o de los apoderados.
3. Nombre y apellidos o denominación social del tomador del seguro.
4. Denominación del ente del sector público asegurado.
5. En caso de que el ente asegurado sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
6. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
7. Objeto de la obligación garantizada.

ANEXO 6

Modelo de certificado de seguro de caución futura UTE

Certificado

número.....

.....,

[Entidad]¹

(en adelante, la aseguradora), con NIF..... y domicilio

en.....,

representada por.....,

[Nombre y apellidos]²

con DNI/NIE....., con poderes suficientes de acuerdo con la validación de poderes que se indica más abajo,

ASEGURA:

.....,

[Nombre y apellidos o denominación social]³

con NIF, como tomador del seguro y, junto con este,

solidariamente⁴ a....., con NIF

Ante:⁵ **Con NIF:**

(en adelante, el asegurado).

Órgano gestor:⁶

Por importe de:

[En letras]:

[En números]:

En virtud de lo que dispone:⁷

.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁸

.....

Consideraciones del seguro

- Se otorga solidariamente con respecto al obligado principal y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H.
- La aseguradora no puede oponer al asegurado las excepciones que le puedan corresponder ante el tomador del seguro.
- La falta de pago de la prima, sea única, primera o siguientes, no da derecho a la aseguradora a resolver el contrato ni a extinguirlo, ni la cobertura se suspende ni tampoco se libera de su obligación, en caso de que tenga que hacer efectiva la garantía.

- Tiene una duración indefinida y estará en vigor desde la fecha de otorgamiento y hasta que la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears devuelva este documento o el director general del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio certifique la renuncia a ejecutar la garantía.
- Está sujeta al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La aseguradora declara bajo su responsabilidad que cumple los requisitos previstos en el artículo 11.1 del Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....de.....de.....

[Firma de los apoderados]

VALIDACIÓN DE PODERES EMITIDA POR LA ABOGACÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS	
Fecha:	Número o código:

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los datos correspondientes:

1. Denominación social completa de la entidad aseguradora.
2. Nombre y apellidos del apoderado o de los apoderados.
3. Nombre y apellidos o denominación social del tomador del seguro.
4. Nombre y apellidos o denominación social de todos y cada uno de los integrantes de la futura UTE.
5. Denominación del ente del sector público asegurado.
6. En caso de que el ente asegurado sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
7. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
8. Objeto de la obligación garantizada.

ANEXO 7

Modelo de aval personal

AVAL PRESTADO POR UNA PERSONA JURÍDICA

.....,

[Entidad]¹

con NIF..... y domicilio

en.....,

representada por

.....,

[Nombre y apellidos]²

con DNI o NIE....., con poderes suficientes

AVAL PRESTADO POR UNA PERSONA FÍSICA

.....,

[Nombre y apellidos]

(en adelante, la avaladora), con DNI o NIE..... y domicilio

en.....

AVALA:

A:³ **Con NIF:**

Ante:⁴ **Con NIF:**

Órgano gestor:⁵

Por importe de:

[En letras]:

[En números]:.....

En virtud de lo que dispone:⁶

.....

Para responder de las siguientes obligaciones:⁷

.....

Consideraciones del aval

- Se otorga solidariamente con respecto al obligado principal y con compromiso de pago al primer requerimiento de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H.
- Tiene una duración indefinida y estará en vigor desde la fecha de otorgamiento y hasta que la Depositaria de la Comunidad Autónoma

devuelva este documento o el director general del Tesoro, Política Financiera y Patrimonio certifique la renuncia a ejecutar la garantía.

- Está sujeto al Decreto 13/2019, de 7 de marzo, por el que se regula el régimen jurídico de las garantías y de los depósitos custodiados por la Depositaria de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

.....,.....dede

[Firma de los apoderados]

INDICACIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas e indique en las notas numeradas los datos correspondientes:

1. Denominación social de la persona jurídica.
2. Nombre y apellidos del apoderado o de los apoderados.
3. Nombre y apellidos o denominación social de la persona avalada.
4. Denominación del ente del sector público beneficiario de la garantía.
5. En caso de que el ente beneficiario sea la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, con NIF S0711001H, o el Servicio de Salud de las Illes Balears, con NIF Q0719003F, indique el órgano que corresponda: secretaría general, dirección general y consejería de la Comunidad Autónoma; o Gerencia del Servicio de Salud.
6. Normas y artículos que imponen la constitución de esta garantía.
7. Objeto de la obligación garantizada.