

## **ANEXO X: COMUNICACIÓN DE SUBCONTRATACIÓN**

DON/DOÑA \_\_\_\_\_, con  
D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, c/  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, actuando en su propio nombre y derecho, o  
en representación de la empresa \_\_\_\_\_, con C.I.F.  
\_\_\_\_\_, a la cual represento en calidad de \_\_\_\_\_.

Ante el Órgano de Contratación de **MUTUA DE ANDALUCIA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115**, y en relación con la licitación convocada con el objeto de la contratación del servicio de asistencia sanitaria en régimen ambulatorio y fisioterapia a los trabajadores integrados en el colectivo protegido de la Mutua de Andalucía y de Ceuta, en la localidad de Villa del Río (Córdoba), pongo en conocimiento de esa Órgano de Contratación, a los efectos del artículo 215.2.b) de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), que, en caso de resultar adjudicatario definitivo, para la realización de la prestación objeto del contrato, se procedería a subcontratar a las siguientes entidades:

### **Entidad 1ª**

Nombre: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_

Actividad que se pretende subcontratar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicación del porcentaje subcontratado: \_\_\_\_\_

Importe de la subcontratación: \_\_\_\_\_

### **Entidad 2ª**

Nombre: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_

Actividad que se pretende subcontratar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicación del porcentaje subcontratado: \_\_\_\_\_

Importe de la subcontratación: \_\_\_\_\_

**Entidad 3ª**

Nombre: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_

Actividad que se pretende subcontratar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicación del porcentaje subcontratado: \_\_\_\_\_

Importe de la subcontratación: \_\_\_\_\_

**Entidad 4ª**

Nombre: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_

Actividad que se pretende subcontratar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicación del porcentaje subcontratado: \_\_\_\_\_

Importe de la subcontratación: \_\_\_\_\_

En caso de producirse cualquier modificación de esta información durante la ejecución del contrato, esta deberá ser comunicada por escrito al Órgano de Contratación de la Mutua incluyendo toda la información necesaria sobre los nuevos subcontratistas.

Asimismo, declaro responsablemente que cumpliré con lo establecido en el artículo 216 de la LCSP

Si resultara adjudicatario, se aportará la siguiente documentación relativa a los subcontratistas:

**Declaración responsable** de los subcontratistas de no hallarse incurso en prohibición para contratar, conforme el art. 71 de la LCSP.

**Certificación positiva de la Agencia Estatal de Administración Tributaria** de hallarse los subcontratistas al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias.

**Certificación positiva de la Tesorería General de la Seguridad Social** de hallarse los subcontratistas al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se expide y firma la presente declaración, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

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