

FIANZA DE CUMPLIMIENTO

ANTE Y A FAVOR DEL GOBIERNO DE ESTADO DE OAXACA/SECRETARIA DE FINANZAS/SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.

PARA GARANTIZAR POR: LA EMPRESA _____, CON R.F.C. _____, Y DOMICILIO EN _____ No. _____ COLONIA _____ OAXACA, C.P. _____.

LA EJECUCION TOTAL DE LOS TRABAJOS, HASTA LA ENTREGA TOTAL DE LOS MISMOS, DE TODAS Y CADA UNA DE SUS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA A PRECIOS UNITARIOS Y TIEMPO DETERMINADO NUMERO **SSO-DIMSG-----** DE FECHA ____ DE _____ DE 2015, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL LIC. HUGO ALBERTO ESPINOZA MORALES, EN SU CARÁCTER DE SUBDIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LOS S.S.O." Y POR LA OTRA PARTE LA EMPRESA: _____

REPRESENTADA POR EL C. _____ EN SU CARACTER DE _____ A QUIEN SE LE DENOMINARA "EL CONTRATISTA", RELATIVO A LA OBRA: _____,

UBICADO EN LA LOCALIDAD DE _____ MUNICIPIO DE _____, OAXACA.

CON UN IMPORTE DE \$ _____ (IMPORTE CON LETRA 00/100 M.N.), IVA. INCLUIDO. LA PRESENTE FIANZA SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LA **LEY DE OBRAS PUBLICAS Y SERVICIOS**

RELACIONADOS DEL ESTADO DE OAXACA, PARA GARANTIZAR LA EJECUCION TOTAL DE LOS TRABAJOS, HASTA LA ENTREGA TOTAL DE LOS MISMOS, O CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE HUBIERE INCURRIDO EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL PRESENTE CONTRATO, SALVO QUE EXISTA INCONFORMIDAD DE LA ENTIDAD, EN CUYO CASO LA VIGENCIA SE PRORROGARA HASTA LA RECEPCIÓN TOTAL DE LOS TRABAJOS A SATISFACCIÓN DE LOS S.S.O. FIANZAS (NOMBRE DE LA AFIANZADORA).

EXPRESAMENTE DECLARA: A) QUE LA FIANZA SE OTORGA ATENDIENDO A TODAS LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE REFERENCIA. B) **QUE ESTA FIANZA DEBERA ESTAR EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN Y DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIPULADO, PARA GARANTIZAR LA BUENA CALIDAD DE LOS MATERIALES, MANO DE OBRA EMPLEADOS Y LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS CONFORME A LOS PLANOS, PROYECTOS Y ESPECIFICACIONES.** C) **PARA CANCELAR ESTA FIANZA SERA REQUISITO PREVIO E INDISPENSABLE LA AUTORIZACION EXPRESA Y POR ESCRITO DE LA SECRETARIA DE FINANZAS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA POR SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.** D) QUE EN NINGÚN CASO LA RESPONSABILIDAD QUE FIANZAS (NOMBRE DE LA AFIANZADORA).

ASUME POR MEDIO DE ESTA PÓLIZA, PODRÁ EXCEDER DE LA CANTIDAD POR LA QUE SE EXPIDE ESTA FIANZA. EN CASO DE RECLAMACIÓN CON CARGO A ESTA PÓLIZA, FIANZAS (NOMBRE DE LA AFIANZADORA), SE SOMETE EXPRESAMENTE AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 93, 94, 95 Y 118 DE LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS EN VIGOR.

-----FIN DE TEXTO-----