FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante legal de me permito presentar, en nombre de _____, LA CERTIFICACIÓN, de que el servicio a prestar: Suministro de oxígeno medicinal DOMICILIARIO E INSTITUCIONAL con destino a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en La Unidad Prestadora de Salud Caquetá, incluye alquiler de equipos y aditamentos cumple con:

- ✓ La calidad del servicio ofertado
- ✓ El cumplimiento de las especificaciones técnicas ofertadas
- ✓ El cambio de los elementos que presenten cualquier defecto, mala calidad o se encuentren vencidos, sin costo alguno para la Unidad Prestadora de Salud, dentro del término acordado para realizarlo después de la devolución del mismo.

(La Unidad Prestadora de Salud se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente certificación).

_____

Representante Legal proponente

Nombre: _____

Documento Identidad: _____