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: Prestación del servicio de Valoraciones Medicas Ocupacionales con destino a los funcionarios de planta, brigadistas y contrato de prestación de servicios vinculados con la Unidad Prestadora de Salud Caquetá.

cumple con:

- ✓ La calidad del servicio ofertado
- ✓ El cumplimiento de las especificaciones técnicas ofertadas

(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: _____