**CARTA COMPROMISO DE CANJE**

*Lugar y fecha*

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES

CONTRATO No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROCESO DE ADQUISICIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. DE LICITACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nombre del Proveedor****,* en mi carácter de Representante Legal de la Empresa ***nombre de la Empresa*** declaro bajo protesta de decir verdad: De conformidad con lo dispuesto en el Contrato antes citado, suscrito entre Servicios de Salud de Veracruz y mi Representada que, los **MEDICAMENTOS** listados a continuación presentan una caducidad **inferior a los 18 meses** establecidos en este Instrumento Legal, por tal motivo nos comprometemos a realizar el canje de todos aquellos existentes en el Almacén al término de su vida útil, en un plazo no mayor a 10 hábiles a partir de la notificación oficial por parte de Servicios de Salud de Veracruz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RENGLÓN | CLAVE DEL CUADRO BÁSICO | DESCRIPCIÓN | LOTE | CADUCIDAD | CANTIDAD |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL

**NOTA:** Este documento deberá presentarse en hoja membretada, siendo necesario que contenga Nombre de la Empresa, Domicilio, Teléfono y correo electrónico, asimismo firma original y autógrafa.