**CARTA GARANTÍA CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y/O VICIOS OCULTOS**

(ACTIVO FIJO, INSTRUMENTAL MÉDICO, ROPERÍA Y CALZADO, PAPELERIA, ETC.)

*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, suscrito entre Servicios de Salud de Veracruz y mi Representada que, los insumos a continuación relacionados, están garantizados contra defectos de fabricación y/o vicios ocultos durante el período establecido en la Cláusula No. \_\_\_\_\_\_ del Instrumento Legal citado, a partir de la fecha de recepción en sus Almacenes; nos comprometemos a realizar el canje de aquellos que así lo ameriten, en un plazo no mayor a 10 hábiles a partir de la notificación oficial por parte de Servicios de Salud de Veracruz.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renglón** | **Descripción General** | **Marca** | **Modelo** | **Fuente de Financiamiento** | **Partida Presupuestal** |
|  |  |  |  |  |  |

**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.