|  |  |
| --- | --- |
| MODIFICACIÓN No. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ADICIÓN |  | PRÓRROGA |  | ACLARACIÓN / OTRA MODIFICACIÓN |  |
|  |  |  |  |  |  |
| SUSPENSIÓN |  | REANUDACIÓN |  | CESIÓN |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO NO. | «No\_Contrato, orden de compra o Convenio» |
| NOMBRE DE CONTRATISTA Y CC/NIT. | «NOMBRE\_DEL\_CONTRATISTA», cedula de ciudadanía No. «Cedula\_de\_ciudadania\_» |
| NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL Y NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N/A |
| OBJETO | «objeto». |
| VALOR DEL CONTRATO | «valor\_de\_enero\_a\_agosto\_letras\_» ($«valor\_de\_enero\_a\_agosto\_numero\_») |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | «fecha\_terminación\_» |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | «Fecha\_Suscripción\_de\_contrato\_» |
| FECHA DE INICIO: | «fecha\_acta\_de\_inicio\_» |
| FECHA DE SUSPENSION NO. 1 | «fecha\_suspensión\_cuando aplique\_» |
| FECHA ACTA DE REANUDACIÓN NO. 1 | «fecha\_reanudacion\_cuando aplique» |

Entre los suscritos <<NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO>> identificado(a) con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien actúa en su calidad de ordenador del gasto del <<NOMBRE DEL ORGANISMO>> de la Red de salud del centro ESE, con NIT. 805.027.261-3 según Decreto de nombramiento No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_, quien en lo sucesivo se denominará RED CENTRO y «NOMBRE\_DEL\_CONTRATISTA», identificado (a) con cédula de ciudadanía No. «Cedula\_de\_ciudadania\_», quien para los efectos del presente acto se denominará el CONTRATISTA, hemos convenido celebrar la presente MODIFICACIÓN No. \_\_\_\_\_\_\_ al contrato/convenio <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato», con fundamento en las siguientes

CONSIDERACIONES:

1.

2.

3.

*Nota: Se pueden incluir la cantidad de numerales que sean necesarios para justificar la modificación del contrato/convenio, la base será la justificación realzada por el supervisor (Este texto es informativo y se debe eliminar para imprimir el documento).*

ACUERDAN

PRIMERO: PRORROGAR el Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato» hasta el \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. (Si aplica). y por consiguiente MODIFICAR la clausula <<NOMBRE DE LA CLÁUSULA (por ejemplo, "Duración" o "Valor")>> del Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato», la cual quedará así:

SEGUNDO: ADICIONAR el Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato» por «Valor\_de\_la\_adicion\_letra\_» ($«Valor\_de\_la\_adicion\_numero\_\_»). (Si aplica) y por consiguiente MODIFICAR la cláusula <<NOMBRE DE LA CLÁUSULA (por ejemplo, "Duración" o "Valor")>> del Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato», la cual quedará así:

TERCERO Las partes acuerdan que con la presente Modificación No. \_\_\_\_\_, no se causa desequilibrio económico del Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato», ni reajuste de honorarios (si aplica) ni erogación adicional a la RED CENTRO, y se efectúa de acuerdo con lo dispuesto en la Normativa vigente, y no altera ni modifica el clausulado inicial.

CUARTO: ACTUALIZACIÓN DE GARANTÍAS. El contratista se compromete a ampliar la vigencia de las garantías que amparan el contrato, teniendo en cuenta el nuevo termino de ejecución contractual. (Si aplica)

QUINTO: VIGENCIA DE LAS CLÁUSULAS NO MODIFICADAS. Quedan vigentes todas estipulaciones del el Contrato/Convenio de <<TIPO DE CONTRATO>> No. «No\_Contrato», que no se modifican mediante la presente Modificación No. \_\_\_\_.

SEXTO: PERFECCIONAMIENTO. La presente Modificación No. \_\_\_\_\_ se perfecciona con la suscripción de las partes.

SÉPTIMO: PUBLICACIÓN: La Red de Salud del Centro ESE publicará la presente Modificación No. \_\_\_\_\_\_, en las plataformas dispuestas por el ente competente a nivel nacional.

*Nota: Se deben incluir la cantidad de cláusulas que sean necesarias para la modificación del contrato/convenio. (Este texto es informativo y se debe eliminar para imprimir el documento).*

En constancia se firma la presente modificación en la ciudad de Santiago de Cali, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) días del mes \_\_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contratista, |  | Contratante, |
|  |  |  |
| Nombre y Firma del Contratista |  | Nombre y Firma Gerente |
| Documento de Identidad # |  | Cargo: Gerente |
|  |  | Red de Salud del Centro ESE |

*Nota: Diligencie únicamente los campos que correspondan según la información requerida. Antes de imprimir, asegúrese de eliminar todas las notas y comentarios aclaratorios incluidos en el documento.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaborado por: | Cargo: | Firma |
| Revisado por: | Cargo: | Firma |
| Aprobado por: | Cargo: | Firma |