|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. CONTRATO:** | |  | **No. ORDEN:** | | | |  | | | | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | |  | | | | | | | | | |
| **TIPO:** | | **Obra** |  | **Compra** | |  | | **Servicios** | | |  |
| **CONTRATANTE** | | UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE** | | NIT: 890.500.622-6 | | | | | | | | | |
| **CONTRATISTA (Nombre Completo)** | |  | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA (C.C., C.E. o N.I.T)** | |  | | | | | | | | | |
| **OBJETO:** | |  | | | | | | | | | |
| **VALOR (Letra y Número):** | |  | | | | | | | | | |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN:** | |  | | | | | | | | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN (meses, días):** | |  | | | | | | | | | |
| **SUPERVISOR (Nombres y apellidos):** | |  | | | | | | | | | |
| **INTERVENTOR (Nombres y apellidos - Si aplica):** | |  | | | | | | | | | |
| **POLIZAS:** | **Clases de Pólizas:** | | | **%** | **Vigencia** | | | | **SI** | **N/A** | |
| **Desde** | **Hasta** | | |
| Póliza de amparo de anticipo o pago anticipado | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de cumplimiento | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de la estabilidad de obra | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de conformidad de estudios | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de calidad y correcto funcionamiento | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de calidad del servicio | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de amparo de provisión de repuestos y accesorios | | |  |  |  | | |  |  | |
| Póliza de responsabilidad civil frente a terceros derivada de la ejecución del contrato | | |  |  |  | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Detalle de las Pólizas:** | | | | |
| **Aseguradora:** | |  | | |
| **N° de la Póliza:** |  | | **Fecha de Aprobación:** |  |

En San José de Cúcuta, a los XX días del mes XX del año XX, entre los suscritos (NOMBRE COMPLETO) identificado con cedula de ciudadanía XXXXXXXXX de XXXXXXXXX, actuando en calidad de Supervisor designado por la Rectoría de la Universidad Francisco de Paula Santander con identificación NIT: 890.500.622-6, y por otra parte (NOMBRE COMPLETO), actuando en nombre y representación de o en nombre propio XXXXXXXXX, identificado con XXXXXXXXX de XXXXXXX como Contratista, acuerdan suscribir el acta de modificación, a partir del día XX del mes XXXXXX del año XXXX.

CONSIDERACIONES:

* XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
* XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
* XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
* Se anexa informe de modificación de cantidades.
* Se hace necesario, aumentar, incluir, disminuir y eliminar las siguientes cantidades o servicios: (Detallar)

En constancia se firma por la que en ella intervinieron, a los XX días del mes de XXXX de XXXX

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Contratista Supervisor

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Interventor (Si aplica)