|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE CONTRATO** | Código: | 760.10.15-7 | |
| Versión: | 01 | |
| **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | Fecha de Aprobación: | | 28-03-2014 |
| **PROCEDIMIENTO PLANEACION CONTRACTUAL** | Pág: |  | 1 de 1 |

Para: Nombre del ordenador del gasto

Cargo

De: Nombre del supervisor del contrato

Cargo del Supervisor

Asunto: Solicitud Suspensión del contrato No. \_\_\_del \_\_\_\_.

Respetada Doctora,

De la manera más atenta y de acuerdo con lo señalado por el (la) contratista en comunicación del xx de xxxxx de xxx, solicito la suspensión del Contrato de \_\_\_\_\_\_\_(*tipo de contrato*) No. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (*indicar el número del contrato y el año*), cuyo objeto es “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, a partir del día (día/mes/año, *esta fecha no podrá ser anterior a la fecha de radicación del memorando*).

El (la) Contratista reanudará sus actividades del día XX de XXXXX de XXX.

Cordialmente,

Firma del jefe de la dependencia

Proyectó:

Revisó: