**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

**RECINTO DE RÍO PIEDRAS**

**ENMIENDA A CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES**

**COMPARECEN**

**DE LA PRIMERA PARTE**: El Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, corporación pública dedicada a la educación superior existente en virtud de la Ley Núm. 1 del 20 de enero de 1966, según enmendada, representada en este acto por su Rector Interino, Dr. Luis A. Ferrao Delgado, mayor de edad, casado y vecino de San Juan, Puerto Rico, en lo sucesivo denominada la **PRIMERA PARTE**.

**DE LA SEGUNDA PARTE**: [nombre], mayor de edad, [estado civil] y vecino(a) de [municipio], Puerto Rico, en adelante denominado la **SEGUNDA PARTE**.

**EXPONEN**

**PRIMERO**: **LAS PARTES** otorgaron un contrato de servicios profesionales el pasado [incluir fecha], cual se incluye como **Anejo 1**.

**TERCERO**: **LAS PARTES** entiende conveniente enmendar el CONTRATO para [añadir razón de la enmienda] conforme las siguientes:

**CLÁUSULAS Y CONDICIONES**

**PRIMERO**: Se enmienda la Cláusula [#] para que lea como sigue:

**SEGUNDO**: El resto de las cláusulas y condiciones del contrato original permanecen en vigor e inalterables, reiterándose además que no habrá alteraciones o modificaciones adicionales al CONTRATO, excepto mediante acuerdo escrito entre la **PRIMERA PARTE** y la **SEGUNDA PARTE**.

**AMBAS PARTES** manifiestan haber leído y entendido todo el contenido de la presente enmienda y así la aceptan por encontrar que está redactada a su entera satisfacción.

**ACEPTACIÓN**

**Las Partes** muestran su conformidad a los términos y condiciones de esta enmienda firmando el presente documento y estampando sus iniciales en todas y cada una de las páginas que lo componen.

En San Juan, Puerto Rico.

 **LA PRIMERA PARTE LA SEGUNDA PARTE**

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

Dr. Luis A. Ferrao Delgado Nombre

Rector Interino

Recinto de Río Piedras

Universidad de Puerto Rico

Seguro Social Patrona: 660-43-3760 Seguro Social:

Fecha: Fecha: