Información Pública

icfes	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y RECIBO A SATISFACCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO CONTRATADO**	**Código: GAB -FT035**
	GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO	**Versión: 004**

Clasificación de la Información						
	X	PÚBLICA		CLASIFICADA		RESERVADA

En ejercicio del control de ejecución, certifico el cumplimiento del objeto y obligación con corte a la fecha de certificación, del siguiente contrato: **Nota (si los datos NO son correctos o NO están diligenciados en su totalidad, NO se puede radicar la cuenta en la Subdirección Financiera y Contable).**	**Fecha de certificación:**
	dic-2023

Contrato No:	357	**Fecha de contrato:**	**17/02/2023**			**Nombre del contratista**	**PROSEGUR SISTEMAS ELECTRONICOS SAS**		
No. de factura o documento equivalente:	E1066614	**Contrato con adición (marque con una X)**	**SI**		**NO**	**X**	**NIT / C.C contratista:**	**830.045.348-2**	
Comprobante de ingreso a almacén No:	NA	**Pago número:**	9				**Periodo a pagar**: **DE:**	**1/11/2023**	**A:** **30/11/2023**

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS Y/SERVICIOS RECIBIDOS***** (con base en el contrato y la forma de pago allí definidas):

***Relacione los productos y/o servicios prestados durante el periodo certificado, o informe de actividades presentado al supervisor del contrato, no es necesario relacionar las obligaciones del contrato.**

Pago correspondiente al cumplimiento de la mensualidad de monitoreo de GPS de los vehículos del Icfes del mes de Noviembre. Pago factura: E1066614 - correspondiente del 1 al 30 de noviembre de 2023.

ASÍ MISMO, EN MI CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICO CON MI FIRMA LO SIGUIENTE:

1. Que los productos y/o servicios relacionados se recibieron a satisfacción, se realizaron durante el periodo referido, y se encuentran detallados en el informe presentado por el contratista, el cual reposa en la carpeta de supervisión del contrato.
2. Que el contratista anexa evidencia de pago al sistema de seguridad social y parafiscales.
3. Que recibido el bien o servicio a satisfacción considero procedente que se realice el desembolso o pago y se da el visto bueno correspondiente.
4. Que la información documental correspondiente al pago del mes anterior se encuentra cargada y aprobada en la plataforma Secop II.

Código	Nombre de C.C / Prueba / Proyecto de Evaluación	Monto a Pagar
CCAS08	**Subdirección de Abastecimiento y Servicios Generales**	154.700
Tipo de moneda	**Pesos colombianos**	**Total (valor a Pagar)** **154.700**

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**MONICA LUCIA ROCHA ARDILA**
FIRMA:	
CARGO:	**COORDINADORA GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE SERVICIOS GENERALES**
VISTO BUENO (Si aplica) **Nombre / Firma o Visto bueno**	**Nombre: Libardo Alberto Salas Guaca** — **Firma o Vo.Bo.:** 