

 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	<input checked="" type="checkbox"/> PÚBLICA	<input type="checkbox"/> CLASIFICADA	<input type="checkbox"/> 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: jun-2025	
Contrato No:	Contrato ICFES 518-2025 ORDEN DE COMPRA 146934	Fecha de contrato:	30/05/2025	Nombre del contratista	BMIND SAS BIC			
No. de factura o documento equivalente:	BIC633	Contrato con adición (marque con una X)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NIT / C.C contratista:	900105979-1		
Comprobante de ingreso a almacén No:		Pago número:	1	Periodo a pagar:	DE:	30/05/2025	A:	30/09/2025
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.								
Créditos Universales Oracle: Servicio portal CSP y Tasa de intermediacion para servicios autogestionados								
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	
CCAT01 #N/D #N/D #N/D	Subdirección de Información						2.074.820.000	
Tipo de moneda	Pesos colombianos			Total (valor a Pagar)			2.074.820.000	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		DIEGO MAURICIO SALAS RAMIREZ						
FIRMA:								
CARGO:		Subdirector de Información						
VISTO BUENO (Si aplica) Nombre / Firma o Visto bueno		Nombre: daniel lopez ortega				Firma o Vo.Bo.: 		
Este es un documento controlado; una vez se descargue o se imprima se considera NO CONTROLADO								