T.R.D:

**EL/LA SOLICITANTE**

**CERTIFICA QUE:**

Que el(la) invitado(a) académico(a)       con identificación N°     , cumplió a entera satisfacción la actividad       de la resolución N°       del Elija un elemento., durante el período comprendido entre el día Elija un elemento. del mes Elija un elemento. de Elija un elemento. al día Elija un elemento. del mes Elija un elemento. de Elija un elemento..

El valor a cancelar por la presente certificación es de $      M/CTE y corresponde al pago N°       Pago único Si:  No:

Se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a los Elija un elemento. días del mes Elija un elemento. de Elija un elemento.

Correo electrónico del invitado académico:       Celular:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:

Solicitante

Programa:

Facultad:

Correo electrónico:       Celular:

Visto bueno:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:

Elija un elemento.