T.R.D:

**EL(LA) SUPERVISOR(A)**

**CERTIFICA:**

Que el(la) profesor(a) invitado(a)      , identificado con      , con N°      , cumplió a entera satisfacción con las actividades establecidas en la Resolución número       del 2024, cuyo objeto es      , durante el período comprendido entre el día       del mes       de       al día       del mes       de      .

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

Revisados los documentos en los que consta el pago al sistema general de seguridad social, se encuentra que están al día según planilla(s) N°.      ; N°      ; N°      .

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

Correo electrónico profesor invitado(a):       Celular:

Firma

Nombre:

Cargo: Jefe de Departamento

Área:

Correo electrónico:       Celular:

Proyectó: