T.R.D:

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

**CERTIFICA:**

Que el(la) profesor(a) invitado(a)      , identificado con      , N°      , realizó la actividad conforme a lo establecido en la Resolución número       del año      , 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:

Con cargo al presupuesto de:

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

Correo electrónico profesor invitado(a):       Celular:

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

Firma Supervisor

Nombre:

Cargo:

Área:

Correo electrónico:       Celular:

Anexos:

Proyectó: