La Dirección General de Proyección Social certifica que (*Nombre completo del Docente participante en el Proyecto*), identificado con documento No. (*Número de Cédula*), en su calidad de *(Coordinador – Colaborador)* del proyecto de Educación Continuada identificado con el No. (*Código*) “*TÍTULO DEL PROYECTO*”, cumplió en su totalidad con las actividades contempladas en el proyecto, y tuvo una ejecución presupuestal de *VALOR EN LETRAS ($valor en números)* y una asignación total de *(XX horas)*, durante el *(PERIODO ACADEMICO)*, distribuidas de la siguiente manera:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAS/SEMANA ASIGNADAS**  | **N.° SEMANAS SEMESTRE**  | **FECHA DE INICIO**  | **FECHA DE TERMINACIÓN**  | **TOTAL HORAS PARTICIPACIÓN PROYECTO** | **RESOLUCIÓN ACADÉMICA**  |
|
|  |  |  |  |  |  |

Por lo anterior la presente se firma en Villavicencio a los *(XX)* días del mes *(XXXXXX),* del año *(20XX).*

**Firma**

**Nombre completo**

**Director Técnico De Proyección Social**