Villavicencio, XX de XXXXX de 20XX

**EL CONSEJO DE FACULTAD DE CIENCIAS XX**

En Acta No. XX de la sesión de fecha XX de XXXX de 20XX, una vez revisada la lista de documentos necesarios para verificación de requisitos a considerar en el cumplimiento del periodo de prueba, estipulados en el Artículo XX del Acuerdo Superior No. XX de 20XX

**CERTIFICA:**

Que el profesor **XXXX XXXX XXXX XXXX,** identificado con cédula de ciudadanía No XX.XXX.XXX expedida en XXXX; ha cumplido satisfactoriamente todos los requisitos estipulados para dar por cumplido el periodo de prueba, como empleado público docente de la Universidad de los Llanos.

Se expide el presente certificado con destino a la División de Servicios Administrativos.

**SECRETARIO ACADÈMICO**