**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ENTIDAD QUE CERTIFICA**

**CERTIFICA QUE:**

**El GRUPO DE INVESTIGACIÓN** (Nombre del Grupo de Investigación), a través del investigador (Nombre del investigador) ejecuto las siguientes actividades de extensión:

Nombre del Evento

Fecha inicio

Fecha final

Nombre de participante(s) u organizador(es)

Participante(es)

Instituciones o entidades gestionadoras o patrocinadoras.

Este certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de (Ciudad) al día (día) del mes de (mes) de (año)

## NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCION

Cargo