**EL COORDINADOR DEPARTAMENTAL DEL PROGRAMA ONDAS SANTANDER**

**Y/O**

**RECTOR DEL COLEGIO NOMBRE DEL COLEGIO**

CERTIFICA QUE:

Nombre del docente asesor, identificado con cédula de ciudadanía No.XXXXXXXX de Lugar de expedición, acompañó/asesoró al semillero de investigación Nombre del semillero en el proyecto titulado Nombre del proyecto registrado en la base de datos de proyectos del Programa Ondas , por parte del Nombre de la Institución educativa, del municipio Nombre del municipio, departamento, en el marco de Nombre del eveto de socialización , en su versión municipal/departamental/regional/nacional/internacional, realizado en Lugar de realización, el día DD de MES de AÑO.

Expedida en Ciudad (País) a los DD días del mes MMM del año AAA.

**NOMBRE DEL COORDINADOR DEPARTAMENTAL ONDAS/ RECTOR DE COLEGIO**

CARGO