Villavicencio, Elija Fecha de Emisión

**Bib. Leonel Cetina Torres**

Director Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación

Universidad Santo Tomás

Seccional Villavicencio

Respetados señores,

Me permito informarle que el (los) siguiente(s) estudiante(s):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** | **Número de identificación** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

Del programa:

**Elija el Programa académico de pregrado o posgrado**

Cumple(n) con los requisitos para ingresar en el Repositorio Institucional, la última versión de su trabajo de grado o tesis titulado

**Ingrese título del trabajo de grado, tesis de maestría, informe de práctica o Articulo académico**

El cual se encuentra aprobado por las instancias pertinentes de este programa.

Cordialmente,

**escribir.** **Nombre completo del Decan@ o Coordinador de posgrado**

Elija Decanatura o Coordinación de la Elija programa académico.

Universidad Santo Tomás

Seccional Villavicencio