Villavicencio, día de mes de año

**Bib. Leonel Cetina Torres**

Director Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación

Universidad Santo Tomás

Sede Villavicencio

Respetados señores,

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

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

Del programa:

**NOMBRE DEL PROGRAMA 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

**Título del trabajo de grado, informe de práctica, tesis o Articulos académicos como opción de grado**

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

Cordialmente,

**NOMBRE DEL DECANO O COORDINACIÓN(A)**

Decanatura o Coordinación Universidad Santo Tomás

Sede Villavicencio