Ciudad y fecha:

**Datos del Estudiante**

Nombre:

Documento de identidad:

Dirección:

Teléfono: Correo Electrónico:

**Programa de posgrado**

Especialización  Maestría  Doctorado

Nombre del programa curricular:

Título del Trabajo Final, Tesis de Maestria o Doctorado:

Director:

Codirector:

Como Coordinador Curricular del Programa de Posgrado, certifico que el (la) estudiante relacionado cumple con los requisitos para optar al título de:

Especialista  Magíster  Doctor

en:

Su promedio académico es: (enletras con ***una***cifra decimal):

El (la) estudiante ya hizo entrega del ejemplar de la Tesis o Trabajo Final en medio magnético en el repositorio del SINAB, al igual que todos los demás requisitos necesarios para poder graduarse.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Nombre del Coordinador**

Coordinador Curricular

Nombre del programa