



Instituto Tecnológico de San Luis Potosí  
Subdirección de Planeación y Vinculación  
Departamento de Servicios Escolares

**SOLICITUD DE CERTIFICADO OFICIAL NIVEL LICENCIATURA**  
(terminación de estudios)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Control: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN DE ADEUDOS**

SELLO Y FIRMA RECURSOS FINANCIEROS	SELLO Y FIRMA CENTRO DE INFORMACIÓN	SELLO Y FIRMA DEPARTAMENTO ACADÉMICO
---------------------------------------	--	---

(Exclusivo para ser llenado por el Departamento de Servicios Escolares)

**Documentos recibidos para el trámite de Certificado Oficial**

Pago de certificado: \_\_\_\_\_ Fotos: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO OFICIAL DE NIVEL LICENCIATURA**  
(dejar en blanco fecha de recepción y nombre de quien recibe)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_





Instituto Tecnológico de San Luis Potosí  
Subdirección de Planeación y Vinculación  
Departamento de Servicios Escolares

**SOLICITUD DE CERTIFICADO OFICIAL NIVEL MAESTRIA**  
(terminación de estudios)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Control: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN DE ADEUDOS**

SELO Y FIRMA RECURSOS FINANCIEROS	SELO Y FIRMA CENTRO DE INFORMACIÓN	SELO Y FIRMA DEPARTAMENTO ACADÉMICO
--------------------------------------	---------------------------------------	--

(Exclusivo para ser llenado por el Departamento de Servicios Escolares)

**Documentos recibidos para el trámite de Certificado Oficial**

Pago de certificado: \_\_\_\_\_ Fotos: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBIDO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO OFICIAL DE NIVEL MAESTRIA**

(dejar en blanco fecha de recepción y nombre de quien recibe)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_ Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_

