# **H. COMISIÓN ACADÉMICA DE TITULACIÓN**

# **FORMATO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS PARA REALIZACIÓN DEL ACTO DE DEFENSA DEL PROYECTO DE TESIS**

Sirva la siguiente información para declarar que el proyecto de tesis mencionado a continuación, cumplió con la atención de las observaciones que le fueron realizadas en el proceso de revisión científica, por lo que está en condiciones de ser considerado para la programación del acto de defensa correspondiente.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| **DIRECTOR DE TESIS** | **SUSTENTANTE** |
| INGRESE NOMBRE COMPLETO | INGRESE NOMBRE COMPLETO |
| **TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS** |
| INGRESE TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS |
| **PROGRAMA EDUCATIVO** | **FECHA DE APROBACIÓN** |
| ELIJA EL P.E. | INGRESE FECHA |

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

**DIRECTOR DE TESIS**