|  |
| --- |
| **FT2** |

**APROBACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL ASESOR/A PARA SU REVISIÓN Y VALORACIÓN**

 Yo,

por medio de la presente hago constar que la tesis de maestría titulada:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Elaborada por: |  |
| Programa de maestría |  | Promoción |  |

|  |
| --- |
| Ha sido revisada cumpliendo con los parámetros y requisitos establecidos por la Dirección de Postgrado, en cuanto a contenido, redacción, fundamentación teórica y consistencia metodológica; por lo que en mi condición de asesor/a de tesis, doy por **APROBADA** para su respectiva **REVISIÓN y VALORACIÓN,** previo al proceso de Defensa Oral y Pública. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar y fecha |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Asesor/a de TesisNombre y firma |  |  | Recibida por: | Nombre y firma |